Nr. 38. 17. września 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Prof. Dr. Franciszek WALTER. Kraków.
Dyr. Klin. dermatolog. U. J.

Choroby skóry a ustrój kobiecy.

Dokończenie.

Miesiączkowanie.

W miesiączkowaniu upatrujemy wskaźnik prawidłowo przebiegających czynności gruczołów płciowych. Zjawiska chorobowe skórne występujące w czasie miesiączkowania, zależeć będą bezpośrednio od czynności jajników. Nie udowodniono istnienia menotoksyn, podobnie celowość zjawiska miesiączkowania, jeżeli powtórzę za Zubrzyckim — stanowi zagadnienie jeszcze dotychczas nierozstrzygnięte; wielu badaczy, zwłaszcza dermatologów, uważa jeszcze miesiączkowanie za proces oczyszczający, odtruwający — przyczem ustrój pozbawia się ciał trujących, nieznanych nam bliżej (Schick, Groer — menotoksyny). Zdaniem Zubrzyckiego i innych, nie należy przyjmować obecności ciał trujących w ustroju miesiączkującej kobiety — opierając się np. na doświadczeniach Schicka, wykazujących obecność ciał trujących w pocie i krwi w czasie miesiączkowania, lecz raczej przyjąć należy, że w tym okresie fizjologicznym kobiety, spotykamy zwiększoną ilość ciał, które także w prawidłowych warunkach znachodzą się w ustroju kobiecym, ale w czasie miesiączki znajdują się w zwiększonych ilościach (cholina, tylamina, kreatynina).

Pod wpływem zmian zachodzących w ustroju kobiecym w czasie miesiączkowania, zmienia się oddziaływanie skóry i jej zachowanie się; gruczoły Schiefferdeckera w okolicy pachy ulegają obrzmieniu. Właściwości konstytucjonalne skóry — będące w potencjonalnem utajeniu ujawniają się, wskutek czego bardzo łatwo przychodzi do powstawania schorzeń skórnych. Odnosi się to w pierwszym rzędzie do zmian łojotokowych skóry i do zmian w wydzielaniu gruczołów potnych, względnie do zaostrzenia już istniejących zaburzeń. Być może, że i zniknięcie ciałka żółtego w okresie miesiączki może odgrywać pewną rolę; boć przecie wiemy, że zniknięcie lub zmiana czynności jednego gruczołu, powoduje zachwianie równowagi wydzielniczej innych gruczołów dokrewnych.

Uznając wielki wpływ gruczołów dokrewnych na zachowanie się stanów konstytucjonalnych skóry, musimy przyznać, że zmiany w czynności dwóch potężnych hormonów rządzących ustrojem kobiety, hormonu pęcherzykowego i hormonu ciałka żółtego — wpływają na powstawanie zmian skórnych, na tle tych odrębności konstytucjonalnych powstałych. Przyjmując ten stan właściwości ustrojowych, nie będziemy zmuszeni do uciekania się do przyjmowania obecności ciał trujących pojawiających się w czasie miesiączki.

W czasie miesiączkowania powstaje cały szereg odczynów skórnych, tak dobrze państwu znanych, pozatem zaostrzeniu ulegają już istniejące cierpienia skórne; wspomnę tylko o objawach chorobowych związanych z istnieniem stanu konstytucjonalnego krwionośnych naczyń obwodowych skóry i o zmianach powstających na tle zwiększenia przepuszczalności tychże naczyń. W czasie trwania miesiączki pojawiają sie różne postacie rumieni, pisma skórnego, obrzęków, zmiany odczynowe przypominające zespół obrazu rumienia wielopostaciowego wysiękowego, krwotoki skórne itp.

Z wyodrębnionych w ostatnich czasach zmian chorobowych skórnych występujących w czasie miesiączki, wymienić należy zespół zmian skórnych pod nazwą *Erythrocyanosis crurum puellaris* (Maranon) — występujący u dziewcząt symetrycznie na obu kończynach dolnych i to na podudziach. Skóra w tych miejscach jest nacieкła, wyraźnie zgrubiała zwykle po stronie zewnętrznej między kostką goleniową a łydką. w dotyku wilgotna, zimna, ciastowata, niedająca się ująć w fałd. Uchyłki włosowe występują wyraźnie, bardzo często w ich obrębie przychodzi do punkcikowatych wybroczyn. Zmianom tym nadawano różne nazwy jak *Erythrocyanosis cutis symmetrica* (Bolte), *Erythema indurativum atypicum* (Deneke), *Oedema strumosum* (Balzer), *Erythrocyanosis cruris feminorum frigida* (Karwowski). Karwowski przypuszcza, że do powstawania tego cierpienia przyczynia się w pierwszym rzędzie działanie niskiej ciepłoty w następstwie hołdowania zwyczajom mody kobiecej, zbyt lekkiego osłaniania nóg. Bezsprzecznie, że zimno jest momentem przyczyniającym się do powstawania tych zmian, występują one zawsze w porze jesiennej i zimowej — jednak sam wpływ niskiej ciepłoty nie wystarcza do ich wywołania. Wpływ gruczołów dokrewnych, zaburzenia czynnościowe jajników i gruczołu tarczykowego mają wybitne w tych przypadkach znaczenie, a odmienne zachowanie się naczyń krwionośnych skóry — jako wyraz stanu konstytucjonalnego naczynio-nerwowego — stwarza odpowiednie podłoże.

W okresie rozkwitania i w wieku dziewczęcym występuje zespół zmian naczyniowych na kończynach górnych, t. zw. *„la main hypogenitale"*, opisany przez Maranona w postaci zasinienia skóry rąk, lekkiego, ciastowatego obrzęku; ciepłota powierzchni skóry rąk jest obniżona. Ten zespół objawów występuje najczęściej u młodych kobiet, dotkniętych niedorozwojem narządów rodnych. Podobne zmiany występować mogą i na kończynach dolnych u dziewcząt w wieku szkolnym od 7—14 roku; w 50% stwierdzono zmiany w gruczole tarczykowym.

Ogłoszone w r. 1912 przez Matzenauera i Pollanda cierpienie skórne pod nazwą *Dermatitis dysmenorrhoica symmetrica* jest schorzeniem występującem u młodych dziewcząt w postaci ograniczonych ognisk, barwy czerwonej, nieraz bardzo silnie swędzących, a nawet pokrzywkowato obrzękłych. Dookoła uchyłków włosowych przychodzi do surowiczego wysięku poczem po zaschnięciu tworzą się strupy, po których odpadnięciu pozostają miejsca przebarwione. Zmiany te występują na dolnych a także i na górnych kończynach — przyczem przyjść może do wytworzenia się pęcherzy. Oprócz skóry głowy owłosionej, każdy odcinek powłok skórnych może być zajęty tą sprawą chorobową: bardzo często zmiany te występują na skórze twarzy. Pobudliwość naczyń krwionośnych u tych chorych jest bardzo znaczna, często też kobiety te są osobnikami psychopatycznemi. Prawie nigdy nie brak zaburzeń w miesiączkowaniu, miesiączki są nieprawidłowe, bardzo często skąpe, często brak ich przez kilka miesięcy, względnie towarzyszą im bóle. Ten zespół zmian chorobowych występować może zarówno u dziewic, jak i u kobiet zamężnych.

Matzenauer i Polland uważają to cierpienie za schorzenie *sui generis*, wywołane zaburzeniami czynnościowemi jajników. Podłożem tych zmian są zdaniem mojem właściwości osobnicze, konstytucjonalne skóry, dotyczące naczyń skórnych *(Status vaso-neuroticus)* i związana z tym stanem, ujawniająca sie w tym okresie większa przepuszczalność ścian naczyń. W przebiegu tych zmian chorobowych stwierdzono zaburzenia w czynnościach gruczołów dokrewnych tak, że niewątpliwie zaburzenia ustrojowe są powodem ujawnienia się stanów konstytucjonalnych skóry i następowego występowania tych zmian.

W okresie przed i pomiesiączkowym występują bardzo często jako cierpienia nawracające na tych samych odcinkach skóry, opryszczki, *Herpes menstruationis*. Lewin stwierdził, że *Herpes genitalis* w 70% a *nongenitalis* w 72% pojawiał się jako schorzenie związane z miesiączką. Dziś wiemy, że opryszczki są pochodzenia zakaźnego, wywołane czynnikiem zakaźnym o nieznanej narazie etjologji. Przeszczepienie zawartości pęcherzyka opryszczkowego na rogówkę królika wywołuje powstawanie owrzodzeń a przeszczepienie do mózgu objawy zapalenia mózgu *(Encephalitis)*. Jad ten stale pozostaje w tych samych odcinkach skóry, a zmiana podłoża, zjawiająca się w okresie miesiączkowania jest powodem jego uczynnienia.

Tak niezwykle ważny okres czynności fizjologicznych, jakim jest miesiączka w życiu kobiety, musi mieć ważny wpływ na jej ustrój. Wspominaliśmy o doświadczalnie stwierdzonem odmiennem zachowaniu się skóry pod względem oddziaływania na bodźce chemiczne, fizykalne, np. na promienie Roentgena; w okresie tym ujawniają sie z łatwością istniejące w stanie utajenia właściwości konstytucjonalne skóry — zwłaszcza wówczas, gdy prawidłowa równowaga czynnościowa gruczołów dokrewnych, i to w pier-

wszym rzędzie płciowych, jest zachwiana. Na tem tle — zmienionej w znaczeniu prawidłowego oddziaływania skóry — powstają różnorodne okresowo się powtarzające cierpienia skórne, względnie już istniejące schorzenia, ulegać mogą pogorszeniu.

Ciąża.

Niezwykły wstrząs, jakim jest dla ustroju kobiecego ciąża i poród — dalej zmiany fizjologiczne w procesie jajeczkowania, działalność ciałka żółtego i łożyska są powodem wzmożenia się czynności fizjologicznych i biochemicznych skóry i to w sposób tak wybitny, że niejednokrotnie trudno jest ściśle określić, które zjawisko rozwija się jeszcze w granicach procesów fizjologicznych, a które już w patologicznych. Nic dziwnego, że w tym okresie sprawność gruczołów dokrewnych wystawiona jest na największą próbę i dlatego też najłatwiej przychodzi do zaburzeń w równowadze tychże gruczołów; w następstwie tych zaburzeń ujawniają się istniejące właściwości konstytucjonalne skóry już w sposób bardzo wyraźny.

Prawidłowe czynności naskórka i przydatków skóry, jak tworzenie się barwika, wydzielanie i przetwarzanie tłuszczu, porost włosów, występujące w ciąży w sposób nieraz wybitnie zaznaczony i uważane niejako za zjawiska fizjologiczne, są już wyrazem ujawniania się istniejących właściwości konstytucjonalnych części składowych naskórka i skóry w znaczeniu wzmożonych ich czynności. W tym okresie ujawnia się wyraźniej konstytucjonalny stan barwikowy jako *Hyperpigmentatio (chloasma)* zwiększony porost włosów, *Hypertrichosis constitutionalis,* stan łojotokowy skóry, zwiększone wydzielanie gruczołów potnych i zmiany w zakresie części składowych skóry właściwej.

Trudno jest mówić o wszystkich zmianach skórnych, występujących w czasie trwania ciąży, jest ich bowiem zbyt wiele, to też pozwolę sobie omówić zmiany skórne należące do rzadziej spotykanych, względnie te, które budzą szczególne zainteresowanie ze względu na swą patogenezę.

Stanem konstytucjonalnym nerwowo-naczyniowym — *status vasoneuroticus* — nazywam za Otfrydem Müllerem i Rostem te właściwości naczyń krwionośnych skórnych, w następstwie których przychodzi do wystąpienia zespołu objawów spastyczno-atonicznych, jak również i zwiększenia przepuszczalności ścian naczyń. Te właściwości odmiennego zachowania się układu krążenia skórnego, dotyczyć mogą pewnych tylko obszarów skóry (zespół żylakowy, sinica kończyn i t. p.) lub nawet całych powłok skórnych.

W czasie ciąży przychodzi do wytworzenia się żylaków, zwłaszcza na kończynach dolnych i to obu lub tylko jednej kończyny. Rozszerzeniu żylakowemu ulega przedewszystkiem *vena saphena magna,* ale także i żyły sromu i odbytnicy. Obok działania miejscowych przyczyn — jak ucisku rozrastającej się macicy, względnie wstępującej do miednicy małej główki płodu, istnieć muszą i inne przyczyny, zwłaszcza, że żylaki zazwyczaj powstają we wczesnych miesiącach ciąży.

W obrazie anatomo-patologicznym żylaków rozróżnić należy rozszerzenie żył — przy zachowaniu prawidłowego stanu ścian żylnych i właściwe żylaki, guzowato-cylindryczne, wrzecionowate a nawet workowate rozszerzenie światła wraz ze zmianami chorobowemi w ścianach żył. Gdybyśmy upatrywali przyczynę powstawania żylaków — tylko w warunkach mechanicznego zaburzenia w krążeniu żylnem i ciśnieniu hydrostatycznem — to mielibyśmy do czynienia z żylakami niemal u wszystkich ludzi; że jednak tak nie jest, dowodzi — że potrzebne są jeszcze inne warunki osobnicze — a mianowicie właściwości konstytucjonalne dotyczące układu żylnego. Są autorowie (cyt. Mucha i Matras), którzy wykazali w 50 — 75% możliwość dziedziczenia skłonności do powstawania żylaków — pozatem żylaki skórne występują jeszcze łącznie z innemi zmianami w zakresie krążenia obwodowego, jak guzy krwawnicowe, naczyniaki, wodniaki jądra i t. p. Stwierdzono częste występowanie żylaków u Żydów — a endemiczne niemal występowanie rozszerzenia żył u Bośniaków. Muszą więc zachodzić osobnicze różnice w zachowaniu się żył a zwłaszcza ich rozciągliwości — a więc istnieć musi odpowiednie podłoże i pogotowie dla powstawania zmian żylakowych. Czynniki uboczne, jak np. starszy wiek, toksyny krążące w ustroju, zaburzenia równowagi wewnętrzno-wydzielniczej — to wszystko może być momentem ujawniającym konstytucjonalnie mniejszą wartościowość naczyń żylnych. Nabrzmiewanie i bolesność żylaków, pojawiające się w czasie ciąży, wskazuje na zależność ich tworzenia się, od czynności gruczołów dokrewnych. Nobl sądzi, że działanie to przypisać należy niezniweczonym przez hormony jajnikowe — toksycznym substancjom ustroju.

Żylaki tworzą się najczęściej na podudziach, tu bowiem istnieją warunki wysoce sprzyjające ich powstawaniu. Żylaki u kobiet pojawiają się najwcześniej w okresie rozkwitania — i to według Aschnera najczęściej u kobiet dotkniętych zaburzeniami czynnościowemi jajników *(Hypomenorrhoe).* Współczesne przepisy mody, nakazujące kobietom odsłanianie podudzi, względnie przyoblekanie je w cieniutkie tkaniny — dopiero ujawniły, jak często kobiety już w bardzo młodym wieku cierpią na żylaki. Liczyć się więc musimy z istnieniem konstytucjonalnie mniej wartościowego stanu narządu żylnego skóry i tkanki podskórnej — ujawniającego się w miarę występowania nieprawidłowej czynności gruczołów dokrewnych, przedewszystkiem jajników — a według ostatnich badań i gruczołu tarczykowego.

Znanem i częstem zjawiskiem występującem w ciąży są t. zw. pręgi skórne, *Striae distensae atrophicae graviditatis,* zjawiska tak często w ciąży spotykane, że uważa się je niemal za prawidłowe. Powstawanie jednak —tych pręg skórnych zależy przedewszystkiem od czynników rasowych; tak np. u kobiet z Jawy pręgi skórne ciążowe mają być zjawiskiem nader rzadkiem. Zmiany te powstają w następstwie uszkodzenia części składowych skóry właściwej, przedewszystkiem włókien sprężystych, odpowiedniem bowiem barwieniem wykazać możemy istnienie w nich nieprawidłowych stanów. Niebieskawe zabarwienie pręg spowodowane jest uwidocznieniem naczyń krwionośnych żylnych, wyraźniej w tych miejscach przeświecających.

Tłumaczenie patogenezy powstawania pręg ciążowych napotyka na pewne trudności, zwłaszcza, że samo mechaniczne rozciąganie nie tłumaczy nam dostatecznie powstawania tego rodzaju zmian, tembardziej, że mogą one występować i u mężczyzn. W przypadkach zmian pręg zanikowych, występujących u mężczyzn, które miałem sposobność spostrzegać, stwierdzałem zmiany w czynnościach gruczołów dokrewnych, zwłaszcza w przysadce mózgowej i gruczole tarczykowym. Musimy się liczyć ze zjawiskiem biochemicznego uszkodzenia włókien sprężystych i klejorodnych — wskutek czego przychodzi do łamliwości i kruchości tychże włókien. Przyczynę tego łatwego uszkodzenia włókien tkanki łącznej stanowi wrodzony stan mniejszej wartościowości tkanki łącznej skóry właściwej, mający swój wyraz w konstytucjonalnych skłonnościach do zmian zanikowych, względnie przerostowych części składowych skóry właściwej *(Status atrophophilicus vel hypertrophophilicus).* Czynniki toksyczne swoiste (np. jad kiłowy, gruźliczy) lub ustrojowe, powstałe wskutek nieprawidłowej czynności odtruwającej gruczołów dokrewnych, prowadzą do uszkodzeń włókien sprężystych i klejorodnych skóry. W ustroju obdarzonym podobnemi właściwościami, każdy proces zapalny może prowadzić do zmian zanikowych *(Atrophia maculosa, diffusa cutis).*

Ciekawą i ważną grupę chorób skórnych występujących w czasie trwania ciąży, stanowią t. zw. cierpienia ciążowe skórne, których charakterystyczną cechą są nawroty pojawiające się w czasie następnych ciąży. Cierpienia te uważane bywają za następstwa zatruć ciążowych, pochodzenia płodowego lub matczynego. Zatrucia te powstają wskutek zaburzeń przemiany materji, jak białka, węglowodanów i tłuszczów w ustroju matki, względnie mogą to być substancje wytworzone w ustroju płodu przedostające się do obiegu krwi matki i działające następowo uczulająco na ustrój ciężarnej. Zubrzycki już w r. 1915 w pracy p. t. „Pochodne białka łożyskowego ich działania trujące“ podnosi, że wyższe pochodne białka zbliżone swoją budową do substancji macierzystej wprowadzone do ustroju drogą pozajelitową, działają nań bardzo trująco; wprowadzenie większej ilości tych ciał do ustroju powoduje ciężkie objawy chorobowe. Najprawdopodobniej, zdaniem Zubrzyckiego, podczas ciąży skutkiem pozajelitowego trawienia białka syncytjalnego przychodzi do nagromadzenia się produktów rozpadu białka i do zaburzeń w ustroju.

W powstawaniu tych zmian toksycznych ustroju i objawów chorobowych skórnych w postaci pęcherzowych zmian zapewne największy udział biorą gruczoły dokrewne; zaburzenia w ich równowadze wydzielniczej są powodem, że tworzące się substancje trujące w ustroju ciężarnej, nie są dostatecznie zniweczone lub unieszkodliwione. Zachwianie równowagi dokrewno-wydzielniczej może być nawet powodem uczulenia powłok skórnych i następowego pojawienia się zmian skórnych z grupy chorób pęcherzowych. Jadassohn uważał stan idjosynkrazji zbudzony w czasie trwania pierwszej ciąży, za przyczynę powstawania zmian pęcherzowoskórnych ciążowych. Tommasi uważa hormon ciałka żółtego za wywołujący stan uczulenia i przygotowujący podłoże do występowania zmian pęcherzowoskórnych. W każdym więc razie rola gruczołów dokrewnych chociażby w znaczeniu pośredniem jest w tych przypadkach wybitnie zaznaczona.

Rzadkiem ale niezupełnie charakterystycznem cierpieniem, występującem w czasie ciąży, jest t. zw. *Herpes gestationis*, pęcherzyca ciążowa. Rozpoznanie *Herpes gestationis* napotyka o tyle na trudności, że cierpienie to przynależy właściwie do grupy pęcherzowych cierpień skóry, objętej przez pewne szkoły ogólną nazwą pęcherzycy *(Pemphigus)*. Z grupy tych cierpień wydzielić należy cierpienie o bardzo charakterystycznym przebiegu klinicznym, t. zw. *Dermatitis herpetiformis (Morbus Duhring)*, występujące u chorych bez różnicy płci i wieku; cierpienie to swoim przebiegiem przypomina *Herpes gestationis* i uważane bywa przez wielu autorów za identyczne z pęcherzycą ciążową.

Herpes gestationis występuje zazwyczaj po upływie trzech miesięcy ciąży — w rzadkich przypadkach dopiero po jej ukończeniu; znikając po porodzie, może jednakowoż, chociaż niezawsze — powtarzać się w czasie następnych ciąży. Obraz kliniczny jest taki sam jak w przebiegu choroby Duhringa i charakteryzuje się występowaniem wielopostaciowych zmian, jak rumieni, wykwitów pokrzywkowych, grudek, pęcherzyków układających się grupkami, krost i strupów; zmianom tym towarzyszy bardzo silne swędzenie. Pochodzenie tego cierpienia nie jest dokładnie znane. Krzyształowicz i jego szkoła uważa chorobę Duhringa za wywoływaną zakażeniem paciorkowcami — przeważnie jednak utrzymuje się przypuszczenie, że cierpienie to powstaje na tle zaburzeń w czynnościach wydzielniczych gruczołów dokrewnych; kiedy równowaga dokrewno-wydzielnicza jest zachwiana wskutek czego czynności odtruwające ustrojowe są upośledzone i wytworzone w ustroju substancje toksyczne działają trująco na ustrój względnie uczulająco na powłoki skórne, powodując występowanie objawów pęcherzycy ciążowej.

Zmiany chorobowe skórne występujące w ciąży, a opisywane przez szkołę francuską jako świerzbiączka ciążowa *(Prurigo gestationis)* — odpowiadają w obrazie klinicznym zmianom towarzyszącym *Dermatitis herpetiformis*, zwłaszcza że pęcherzyca ciążowa nie występuje zawsze pod postaciami różnorodnych wykwitów, ale pod postacią jednego typu zmian. Zmiany te utrzymujące się w czasie ciąży, ustępują z chwilą porodu.

Niezwykle ciekawem — jednakowoż bardzo ciężkiem cierpieniem występującem w ciąży jest rzadkie schorzenie t. zw. liszajec opryszczkowy *Impetigo herpetiformis* Hebrae. Do opisów klasycznych Hebry z r. 1872 niewiele dziś można dodać. Zagadkowe pochodzenie tego cierpienia dziś nam w nieco jaśniejszem przedstawia się świetle.

Kliniczny obraz liszajca opryszczkowego jest bardzo charakterystyczny. Najczęściej na skórze zewnętrznych części płciowych, dookoła pępka, pod pachami i na sutkach a także na wewnętrznych stronach ud — występują szeregi współśrodkowo ułożonych krost prosówkowych na zaczerwienionem i nieco obrzękłem podłożu. W środku wykwitów znajdujące się krosty — ulegają pęknięciu, zasychając następnie w strupy, podczas gdy na obwodzie powstają nowe wykwity. Pojedyncze wykwity zlewają się razem, środek zaś ulega wessaniu. Do tworzenia się owrzodzeń nie przychodzi. Błony śluzowe również mogą być zajęte zmianami chorobowemi. Występowaniu tych zmian towarzyszy wysoka ciepłota, dreszcze, stan chorej jest bardzo ciężki, występuje zamroczenie, zmiany zapalne w nerkach, przekrwienie śledziony. Pęcherzyki od samego początku ich powstawania są wypełnione treścią ropną, jednak jałową. Hebra sądził, że cierpienie to występować może tylko u kobiet i to przedewszystkiem w czasie ciąży i porodu — dziś wiemy, że może również występować u mężczyzn i u dzieci, a więc nie jest cierpieniem wyłącznie kobiecem.

Etiologja liszajca opryszczkowego długi czas pozostawała niewyjaśniona; przypuszczenie Hebry o jego pochodzeniu — obracały się w ramach ówczesnych zapatrywań ogólnopatologicznych. Teorje o zakaźnem pochodzeniu liszajca opryszczkowego musiały sczasem upaść, nie znaleziono bowiem w wykwitach krostkowych i we krwi bakteryj chorobotwórczych. Stwierdzone w niektórych przypadkach ropne bakterje tak w treści pęcherzyków ropnych jak i we krwi (np. przypadek Borzęckiego i jeden z moich) należy uważać za przypadkowe zanieczyszczenie hodowli. W ostatnich czasach jedynie Rost jest zwolennikiem zakaźnego pochodzenia liszajca opryszczkowego.

Nowsze, dokładnie badane przypadki chorobowe rzuciły pewne światło na pochodzenie tego zagadkowego a ciężkiego cierpienia. Pierwsze przypadki spostrzegane przez Pollanda, Schardorna, Tryba, Ziemanna i przeze mnie i późniejsze Wienera, Buschkego, Brilla, Leszczyńskiego i moje dalsze, nasunęły przypuszczenie, że tłem tych zmian są zaburzenia czynnościowe gruczołów dokrewnych.

Ogłaszając w r. 1922 pierwszy mój przypadek liszajca opryszczkowego i równocześnie występującego rozmiękczenia kości u kobiety w 8-ym miesiącu 8-ej ciąży — wyraziłem przypuszczenie, że cierpienie to wywołane jest zmianami we wszystkich gruczołach dokrewnych, z przewagą zmian w gruczołach przytarczycznych i przysadki mózgowej. W ten sposób pierwotne przypuszczenia Schardorna i Tryba rozszerzyłem i już wówczas sformułowałem tezy moje w sposób następujący:

Liszajec opryszczkowy jest ogólnem ciężkiem schorzeniem ustroju, przebiegającem pod typowemi postaciami klinicznemi — opisanemi przez Hebrę i Kaposi'ego.

Liszajec opryszczkowy występować może u każdego osobnika, bez różnicy wieku i płci.

Przyczyna powstawania liszajca opryszczkowego leży w czynnościowych zmianach gruczołów dokrewnych, powodujących zatrucie ustroju produktami przemiany materji, powstałemi na podłożu zmniejszonych lub zniesionych czynności odtruwających gruczołów dokrewnych, zwłaszcza gruczołów przytarczycznych i przysadki mózgowej. Leczenie liszajca opryszczkowego surowicą zdrowych ciężarnych, daje dobre wyniki — jeżeli zmiany chorobowe nie są zbyt daleko posunięte.

W 3 lata później niezwykłym zbiegiem okoliczności miałem sposobność obserwować dwa dalsze typowe przypadki. Pierwszy z nich dotyczył wieloródki będącej w 8 miesiącu 6 ciąży, u której w 6 miesiącu ciąży wystąpiły po raz pierwszy objawy tężyczki, a w kilka tygodni i zmiany skórne. Chora zmarła po rozwiązaniu *per sectionem caesaream vaginalem*, wykonanem spowodu bardzo ciężkiego ogólnego stanu i ustawicznie powtarzających się napadów tężyczki. Badanie pośmiertne nie stwierdziło gruczołów przytarczycznych. Ostatni przypadek dotyczył wieloródki, u której w 6 miesiącu 6 ciąży wystąpiły po raz pierwszy objawy liszajca opryszczkowego. Chora urodziła przedwcześnie płód zmacerowany. Badaniem układu nerwowego stwierdzono u ciężarnej objawy tężyczki utajonej a we krwi zmniejszanie się poziomu wapnia. Stan utajonej tężyczki istniał również w przypadku opisanym przez Leszczyńskiego.

Przypuszczenia o zmianach w gruczołach dokrewnych, a zwłaszcza w gruczołach przytarczycznych przyjął już ogół dermatologów — zwłaszcza, że w wielu przypadkach na stole sekcyjnym nie stwierdzono gruczołów przytarczycznych — względnie stwierdzono istniejące w nich zmiany chorobowe. Objawy liszajca opryszczkowego — stwierdzono również w przypadkach tężyczki występującej po zabiegu chirurgicznym wycięcia gruczołu tarczykowego. Tłumaczenie powstania liszajca opryszczkowego, przytoczone w moich pracach o liszajcach opryszczkowych, przyjął już szereg autorów — przyjmuje je również Riecke, opracowując ostatnio wielką monografję o liszajcu opryszczkowym. Gruczoły przytarczyczne odgrywają bardzo doniosłą rolę w ustroju, przedewszystkiem w przemianie wapnia i w czynnościach odtruwających. Ustrój do pewnego stopnia panuje nad niedomogą gruczołową, jeżeli jednak wskutek wzmożonych żądań ustroju próg sprawności wydzielniczej gruczołów dokrewnych zostanie przekroczony — mogą pojawić się objawy jak tężyczka i wykwity chorobowe liszajca opryszczkowego. Rokowanie jest bardzo niekorzystne i to zarówno dla płodów, jak i chorych matek.

Próby leczenia zastępczego jak wszczepianie gruczołu przytarczycznego zmarłego dziecka nie udały się — podobnie jak bez korzystnego wyniku pozostało podawanie wyciągów z gruczołów przytarczycznych i innych gruczołów dokrewnych. Najlepsze wyniki oddaje leczenie wstrzykiwaniami surowicy zdrowej ciężarnej (2 moje przypadki w ten sposób wyleczone). Wstrzykiwania surowicy mężczyzn pozostały bez dodatnich wyników (mój trzeci przypadek).

W ciąży pojawia się szereg różnorodnych zmian skórnych — jak pokrzywek, pisma skórnego, osutek krwotocznych — nieraz o bardzo ciężkim przebiegu; zmiany te są dobrze Panstwu znane. Występują również, nieraz niemal w przebiegu każdej ciąży osutki rumieniowe stałe, t. j. stale w jednem i tem samem miejscu pojawiające się. Zmiany te uważać należy za następstwa zjawisk uczulenia powłok skórnych w czasie ciąży. Bardzo często przychodzi do przerostu gruczołów Schiefferdeckera w okolicy podpasza które to zjawisko Waelsch uważa za wtórorzędną cechę płciową.

Poród.

Akt porodu nie przedstawia osobliwych warunków dla powstawania schorzeń skórnych; wymienić należy rozedmę skóry, powstałą w następstwie przedostawania się powietrza z płuc do skóry, w czasie parcia i krzyku rodzącej i pęknięcia pęcherzyków płucnych. Na paznokciach powstają poprzeczne linje Beau'a, podobnie jak to ma miejsce po przebyciu ostrych chorób zakaźnych.

Połóg.

Na zewnętrznych częściach płciowych, na wewnętrznej części ud i na międzykroczu powstają w następstwie odchodów połogowych, miejscowe objawy zapalne skóry, przeczosy, rozpadliny, które mogą być nawet punktem wyjścia zakażenia połogowego. Zespoły objawów chorobowych skórnych, występujące w czasie ciąży, mogą ulec zaostrzeniu a nawet doprowadzić do śmierci *(Impetigo herpetiformis).* Niektóre schorzenia skórne występujące zazwyczaj w ciąży, np. *Herpes gestationis,* rzadziej pojawiają się, zmiany bowiem skórne, występujące w ciąży, znikają w połogu.

W drugim lub trzecim miesiącu po porodzie spostrzega się zaburzenia w wzroście włosów — a to w następstwie bądźcobądź znacznego wstrząsu, jakim był dla ustroju poród. Pociążowe wypadanie włosów powstaje wskutek chwilowej przerwy w czynności aparatu włosotwórczego w czasie porodu. Często zdarza się to w następstwie podniesionych ciepłot, występujących w połogu. Może również pojawić się i ścieńczenie włosów, utrata barwika i powietrza znajdującego się w komórkach rdzenia włosa; z siedziby tych zmian można obliczyć datę porodu, licząc się z codziennym wzrostem o 0.4—0.5 mm. Jeżeli porody następują jeden po drugim w krótkich odstępach czasu, może nawet — wskutek zwiększonego wypadania włosów w następstwie każdego porodu — nastąpić wyłysienie, a to spowodu braku czasu, potrzebnego dla prawidłowego wzrostu i rozwoju włosa.

Przekwitanie.

Zjawiska odczynowe skórne, pojawiające się w wielkich okresach życiowych kobiety, jak pokwitanie, miesiączka, ciąża i przekwitanie, są tak różnorodne i w tak rozmaitem występują nasileniu, że niejednokrotnie i w tym okresie życia kobiety nie jesteśmy w stanie określić, co właściwie jest zjawiskiem fizjologicznem, może nieco silniej niż zazwyczaj zaznaczonem, a co wkracza już w zakres nauki o chorobach skórnych. I w tym ostatnim okresie przemian życiowych kobiety — właściwości konstytucjonalne skóry mają pierwszorzędne znaczenie dla kształtowania się zjawisk chorobowych, ujawniając się wskutek odmiennego zachowania się wydzielniczych czynności gruczołów dokrewnych. Wiesel (cyt. Jaschke) kładzie również nacisk na znaczenie konstytucji ustroju kobiecego twierdząc, że każda kobieta przeżywa taką postać swego naturalnego okresu przekwitania — jaka odpowiada jej konstytucji, w nieznacznym stopniu zmodyfikowanej przez zewnętrzne wpływy, i to znacznie mniejszym, niż dotychczas przypuszczano.

Leszczyński i Liebhart stwierdzają słusznie, że kobieta po 40 latach ma mniej potencjalnych niewiadomych w swoim ustroju niż dorastająca dziewczyna. Jej konstytucja miała dość czasu, aby znaleźć swój pełny wyraz. Wartość dynamiczna wszystkich gruczołów dokrewnych jest wypróbowana przez wieloletnią czynność, a względną równowagę ustabilizowaną wypadnięciem funkcji jednego gruczołu, łatwiej w tym stanie zauważyć.

Wszystkie więc niemal właściwości konstytucjonalne skóry kobiety mogły już znacznie wcześniej uwypuklić się wyraźnie; zamieranie czynności tak ważnego gruczołu dokrewnego — jakim jest gruczoł płciowy — może zachwiać ustabilizowaną równowagę oddziaływania powłok skórnych na różnorodne bodźce i ujawnić nowe właściwości — dotychczas pozostające w ukryciu.

We wszystkich narządach względnie układach narządów, mogą pojawić się objawy chorobowe. Na skórze naturalnie ujawniają się one w sposób najwyraźniejszy. Zmiany barwikowe, wzmożony porost włosów np. na bokach policzków, na wardze górnej, na brodzie i w uszach, zwłaszcza u brunetek, są zjawiskami dość częstemi, a występują najwybitniej wówczas, kiedy istnieją właściwości konstytucjonalne dotyczące owłosienia; porost włosów w tych miejscach nie jest właściwie pojawieniem się wtórorzędnej cechy męskiej płciowej, ale brakiem hamującego wpływu jajników. Naczynia krwionośne twarzy ulegają rozszerzeniu, skóra nosa i policzków bywa zaczerwieniona, a czasem przychodzi do zmian zapalnych w obrębie gruczołów łojowych i do powstawania obrazu trądzika różyczkowego *(Acne rosacea).*

Uderzenia nawałowe krwi, powstające wskutek przesuwania się krwi z obszarów wewnętrznych ku obwodowi — przyczyniają się do wzmożenia szybszego występowania tego stanu chorobowego, a także do zmian w gruczołach łojowych, te bowiem w początkowych okresach przekwitania popadają w zwiększoną czynność, zwłaszcza, że meszek włosowy przestaje róść. Pawlas wykazał w wielu przypadkach zaburzenia nietylko w wydzielniczych czynnościach płciowych, ale również i w innych gruczołach, jakoteż zaburzenia równowagi w układzie wegetatywnym. Przekwitanie kobiety wywiera także wpływ na zachowanie się obrazu cytologicznego krwi obwodowej, co ma być również następstwem zaburzeń hormonalnych.

W okresie przekwitania — wskutek zmian ustrojowych zmienia się oddziaływanie podłoża, wskutek czego występują różne cierpienia skórne, jak np. *Xanthoma* i t. p. Cierpienia skórne już istniejące mogą przebiegać w sposób odmienny, przedewszystkiem łagodniejszy, niż to zazwyczaj bywa w innych okresach życia.

Wytrzebienie kobiece.

W związku z usunięciem gruczołów płciowych, względnie z wcześniejszem zamarciem ich czynności — powstawać mogą pewne cierpienia skórne. Wtórorzędne cechy płciowe nie ulegają zmianom, włosy nie wypadają — raczej przychodzi do nadmiernego ich rozrostu. *Habitus* zewnętrzny nie ulega zmianie, następuje bowiem równowaga gruczołów dokrewnych. Ustrój więc kobiecy w tych przypadkach zachowuje się odmiennie niż ustrój męski.

Jakie są zmiany w ustroju kobiecym na skutek trzebienia podjętego przed okresem pokwitania — nie wiemy.

W następstwie sztucznego wytrzebienia kobiety powstają zmiany w rozmieszczeniu tłuszczu, zwiększenie się podściółki tłuszczowej, zmiany w zakresie czynności wydzielniczej gruczołów skóry, rozszerzenie obwodowych naczyń skórnych, marmurkowanie skóry, pokrzywki, osutki krwotoczne nieraz o bardzo ciężkim przebiegu, nadmierne uwłosienie i t. p. Po wyjęciu macicy spostrzegano występowanie rozszerzenia obwodowych krwionośnych naczyń skórnych *(Teleangiectasiae cutis).*

* * *

Skóra pozostaje więc w ścisłym związku z gruczołami płciowemi, jednak związek ten nie jest jedyny i wyłączny — ale zawisły od innych gruczołów dokrewnych i od właściwości konstytucjonalnych skóry. Tak np. charakterystyczny dla kobiety porost włosów *ad pubes* — w okresie rozkwitania nie zależy wyłącznie od czynności jajników — mimo bowiem wrodzonego braku obu jajników — owłosienie pojawia się w sposób prawidłowy. Wcześniejsze pojawienie się owłosienia następuje wskutek zaburzeń w czynnościach dokrewnych; nadmierne uwłosienie, podobnie jak i nieprawidłowo skąpe, jest właściwością konstytucjonalną ustroju kobiecego.

W skórze kobiecej występują jeszcze cierpienia niepojawiające się w skórze mężczyzn, np. wrzód sromu, Lipschütza *(Ulcus vulvae acutum)* i wrzód przewlekły *(Esthiomene).*

Owrzodzenie sromu typu Lipschütza występuje u młodych dziewcząt i u kobiet, najczęściej u dziewic i to często w postaciach przypominających wrzody miękkie prosówkowe lub wrzody pełzające. Owrzodzenia te spowodowane są bakterjami żyjącemi na częściach płciowych kobiecych, zwłaszcza w pochwie, t. zw. *Bacillus crassus.* Bakterje te nietylko wywołują zmiany miejscowe na sromie— ale, jak to stwierdziły badania nowsze Samka, a także i Romanowej — dostawszy się do obiegu krwi mogą wywołać zmiany w postaci osutek guzkowo-krostkowych lub rumienia guzkowatego. W preparatach histologicznych z tkanek wyciętych głęboko z owrzodzenia, stwierdziliśmy obecność bakteryj znajdujących się daleko poza naciekiem, tuż obok naczyń krwionośnych. Bakterje te wykazano ostatnio i w samych wykwitach osutkowych.

Owrzodzenie sromu, charakteryzujące się długotrwałym przebiegiem, występuje najczęściej u prostytutek; pochodzenie tych zmian jest niejasne, jednakże nowsze spostrzeżenia wskazują, że bardzo często przyczyną ich powstawania jest zakażenie bakterjami powodującemi powstawanie t. zw. czwartej choroby wenerycznej, t. j. zapalenia ziarniniakowego gruczołów chłonnych pachwinowych *(Lymphogranuloma inguinale).*

W każdym niemal okresie życia kobiety, w okresie miesiączkowania, ciąży i przekwitania — występować mogą objawy swędzenia jako wyraz zadrażnienia zakończeń czuciowych nerwów skórnych. Swędzenie występujące w okresie miesiączkowania, czy to jako swędzenie samorzutne, czy też w łączności z występowaniem zmian skórnych w postaci pokrzywek i rumieni, zależy od okresowych zmian w czynnościach jajników. Bardzo często spotyka się dolegliwości związane z miesiączkowaniem; opoterapja w tych przypadkach odnosi niejednokrotnie dobre skutki. Są jednakowoż i przypadki — w których nie możemy stwierdzić żadnych zmian w zakresie czynności jajników. Zrodzić się więc może zagadnienie — czy produkty hormonalne jajników nie mogłyby drogą pośrednią wywołać objawów swędzenia, jako wyrazu uczulenia powłok skórnych, zwłaszcza, że przecież niejednokrotnie stwierdzamy, że skóra w czasie miesiączkowania znajduje się w stanie znacznej przewrażliwości.

W systematyce stanów konstytucjonalnych skóry rozróżniamy t. zw. stan alergiczny skóry, charakteryzujący się odmiennem oddziaływaniem skóry i to zarówno naskórka jak i skóry właściwej — na swoiste bodźce, t. zw. alergeny. O istnieniu przewrażliwości skóry można się niejednokrotnie przekonać wprowadzając naskórnie lub śródskórnie odpowiedni alergen w postaci proszku lub wodnego rozczynu; w razie dodatniego wyniku powstaje w miejscu wprowadzenia alergenu odczyn natychmiastowy w postaci bąbla — odmiennie się zachowujący od odczynu kontrolnego — względnie odczyn późniejszy, powstający dopiero po upływie 24—48 godzin.

Stan alergiczny skóry jest cząsteczkowym stanem alergicznym całego ustroju, wrodzonym i dziedzicznym.

Pozornie różne schorzenia skórne, jak pokrzywki, rumienie, obrzęki, wypryski — uważane jako objawy idjosynkrazji, uczulenia, anafilaksji — dziś — stosownie do nowoczesnych pojęć o zmianach odpornościowo-biologicznych — uważamy za wywoływane jednakowym mechanizmem, oddziaływania przeciwciał na odpowiedni antygen i obejmujemy je nazwą alergicznych schorzeń skóry. Nie zastanawiam się bliżej nad tłumaczeniem tych niezwykłych zjawisk, niejednokrotnie miałem sposobność o nich mówić i pisać — stwierdzić jednak muszę, że oprócz osobniczych właściwości wrodzonych, dziedzicznych i rasowych — udział gruczołów dokrewnych — w powstawaniu tych stanów alergicznych skóry musi być znaczny, chociaż zależność ich wzajemna nie jest w zupełności wyjaśniona, podobnie jak nie wytłumaczono jeszcze w sposób wystarczający udziału układu wegetatywnego.

Do stanów alergicznych skóry zaliczam stan wysiękowy skóry, *Status exsudativus*, stan wypryskowy, *Status eczematicus* i stan zołzowy, *Status scrophulosus*.

Stan wysiękowy, *Status exsudativus* — charakteryzują zmiany wysiękowo-wypryskowate występujące na skórze i na błonach śluzowych i to już we wczesnem dzieciństwie (świerzbiączka, załupieżenie ciemienia, ognipiór, wyprzania, obrzęk gruczołów chłonnych, język mapiasty i t. p.). Zmiany skórne pojawiać się mogą także w późniejszych latach i u dorosłych, toteż można wykreślić w życiu ludzkiem dwa okresy pojawiania się zmian chorobowych wypryskowatych na tle konstytucjonalnego stanu wysiękowego powstałych, t. zw. okres wczesny i okres późny.

Okres wczesny występuje po urodzeniu i największe swe nasilenie osiąga w pierwszym roku życia, okres późny — zaczyna się w latach rozkwitania; okresom tym odpowiadają wczesne i późne zmiany zapalne wysiękowo-wypryskowate *(Spätexudatives Ekzematoid „Rost", Neurodermitis)*, i pewne charakterystyczne piętna*). Obecność kilku piętn (stygmatów) uprawnia nas do rozpoznania tego stanu wysiękowego — z jednego jednakże piętna nie możemy wnioskować o jego istnieniu. Stan ten charakteryzuje między innemi cechami, wrodzona gotowość skóry do oddziaływania na alergeny S t o o r m v a n L e e u w e n a t. j. na śródskórnie wprowadzone drogą wstrzykiwań wyciągi wodne łusek skóry ludzkiej.

Na udział gruczołów dokrewnych w powstawaniu tych konstytucjonalnych stanów skórnych — wskazują: okresowy przebieg tychże zmian, występowanie ich w okresie rozkwitania, a także w późniejszych latach życia. Występowanie więc tak różnorodnych zjawisk skórnych, pokrzywek, rumieni, swędzenia i t. p. może być wyrazem istnienia alergicznych właściwości skóry, w stosunku do różnorodnych bodźców.

Swędzenie występujące w okresie miesiączkowania, ciąży lub macierzyństwa — jest przeważnie ogólne, swędzenie zjawiające się w okresie przekwitania — raczej jest umiejscowione np. na sromie. Ograniczone swędzenia występujące w okolicach sromu w okresie przedmiesiączkowym, i w czasie ciąży — mogą być wyrazem ograniczonych właściwości alergicznych skóry.

Stan konstytucjonalny wypryskowy charakteryzuje się skłonnościami powłok skórnych do zmian zapalnych określanych nazwą wyprysku. Wyprysk — w nowoczesnem pojęciu patogenetycznem, ujmujemy jako zjawisko alergiczne, występujące u osób obdarzonych odpowiedniem podłożem — zawisłem od różnorodnych czynników natury wewnętrznej i zewnętrznej. Istnienie tego stanu można wykazać dodatniemi naskórnemi lub śródskórnemi odczynami na bodźce natury chemicznej, t. zw. próbami czynnościowemi. I te właściwości skóry mogą zależeć od czynności gruczołów dokrewnych, jak również często i od zaburzeń w przemianie mineralnej ustroju i w przemianie materji.

Leczenie zmian skórnych, występujących u kobiety w jej najważniejszych okresach życiowych, nie może być tylko leczeniem objawowem, ale uwzględniać musi przyczyny powstawania tych zmian. Leczenie hormonalne w wielu przypadkach może przynieść zupełną poprawę stanu chorobowego i ustąpienie zmian, bądź to jako leczenie zastępcze, bądźto jako podrażniające np. stosowanie promieni Roentgena lub nagrzewania diatermiczne *modo* L e s z c z y ń s k i. Leczenie schorzeń ciążowych wstrzykiwaniami dożylnemi surowicy zdrowych ciężarnych — niejednokrotnie przynosi bardzo znaczne korzyści, jak to sam miałem sposobność spostrzegać w dwóch wspomnianych przypadkach liszajca opryszczkowego. Że w tych przypadkach działa swoisty zespół hormonalny kobiecy — o tem świadczyłyby ujemne moje wyniki stosowania w wyżej wymienionych przypadkach — surowicy mężczyzn zdrowych.

W powyższym wykładzie klinicznym trzymałem się ściśle zakreślonych we wstępie granic i przedstawiłem te tylko cierpienia skórne, których pochodzenie i przebieg w znacznej mierze zależą od bezwzględnych cech charakteryzujących kobietę, t. j. od gruczołów płciowych. Istnieje cały szereg schorzeń skórnych — które jednakże występują u obu płci — niekiedy z większą przewagą u kobiet — o tych cierpieniach nie wspominałem, mimo, że na ich przebieg i zejście — ustrój kobiecy wywiera bardzo często wybitny wpływ.

*) Wywiady (skłonność do zmian wysiękowo-wypryskowatych, podczas gdy u krewnych osobnika spotyka się astmę i objawy skórne przynajmniej w 50%), zmiany we krwi: eozynofilja, hipoglikemja, zmniejszona zdolność wiązania salicylu, limfocytoza, zmiany w zachowaniu się jonów K i Ca, wzmożone napięcie naczyń krwionośnych podbrodawkowych skóry, (pismo skórne), zmniejszone ciśnienie krwi. Pogotowie odczynowe skóry na alergeny (odczyn S t o o r m v a n L e e u w e n a).

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Tadeusz KIELANOWSKI, st. asyst. Instytutu. Lwów.

O stosunku gruźlicy do raka.

Z Instytutu Anatomji Patologicznej Uniw. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Witołd N o w i c k i.

I.

Zagadnienie wzajemnego stosunku gruźlicy i nowotworów złośliwych, a w szczególności raka, to jest dwu schorzeń najbardziej w krajach cywilizowanych rozpowszechnionych, było i jest tematem licznych rozważań i badań doświadczalnych. Tak spostrzeżenia kliniczne, jak i dane anatomo-patologiczne oraz wyniki badań doświadczalnych, zdają się przemawiać za istnieniem pewnego antagonizmu pomiędzy rakiem a gruźlicą, i w tym kierunku, z licznemi zresztą zastrzeżeniami, wypowiada sic większość badaczy. O antagonizmie bezwzględnym, wykluczającym współistnienie obu tych schorzeń u jednego osobnika, jak to pierwotnie przypuszczał R o k i t a n s k y, oczywiście nie może być mowy; chodzi tu raczej o stwierdzenie względnej rzadkości równoczesnego istnienia gruźlicy i raka u tego samego osobnika, co mogłoby być skutkiem pewnej odporności swoistej lub nieswoistej, wywołanej u osobnika przez jedno z tych schorzeń, w stosunku do schorzenia drugiego.

Rozstrzygnięcie tego zagadnienia, mającego ze względu na rozpowszechnienie gruźlicy i raka, znaczenie nietylko teoretyczne, wymagałoby odpowiedzi na kilka pytań następujących:

1. Czy zakażenie gruźlicze wpływa na zapadalność na raka i w jakim kierunku?

2. Czy pewne postacie anatomiczno-kliniczne gruźlicy pojawiają się z rakiem częściej, aniżeli inne postacie gruźlicy?

3. Czy świeże zakażenie gruźlicze osobnika rakowego wpływa na rozwój nowotworu i w jakim kierunku?

4. Czy wystąpienie raka u osobnika gruźliczego wpływa na przebieg gruźlicy?

5. Czy, i w jakim stopniu gruźlica może mieć znaczenie przyczynowe w stosunku do raka?

Na pytania powyższe, rozmaicie zresztą formułowane, usiłowano odpowiedzieć drogą badań statystycznych, przeważnie sekcyjnych, na podstawie rozumowań czysto spekulatywnych oraz doświadczeniem na zwierzętach. Badania kliniczne są nieliczne, chociaż próbowano leczenia nowotworów złośliwych tuberkuliną.

Wyniki zestawień statystycznych nie są zgodne. Część autorów, interpretując liczby przez siebie uzyskane, wypowiada się przeciw istnieniu wszelkiego antagonizmu, (C a r l s o n i B e l l, F i n d e i s e n, F o r t u n e, W i l s o n i H e l e n i in.), inni zajmują

stanowisko mniej zdecydowane, większość jednak wykazuje częstsze pojawianie się raka u osobników niegruźliczych i przyjmuje istnienie pewnego antagonizmu, różnie się zresztą na istotę jego zapatrując (Cleland i Burton, Lubarsch, Mc Intosh, Pearl i in.). Wszystkie prace statystyczne wykazują jednak niemal zgodnie, znaczną stosunkowo rzadkość równoczesnego stwierdzania raka i gruźlicy daleko posuniętej u tego samego osobnika, co przeciwnicy antagonizmu starają się tłumaczyć znaczną śmiertelnością spowodu gruźlicy w młodym wieku, a przeciętnie późniejszym wiekiem występowania raka. „Kategorje wiekowe“ nie wystarczają jednak dla wyjaśnienia rzadkości równoczesnego istnienia obu tych schorzeń w wieku późniejszym (ponad 40 lat), która to rzadkość występuje wyraźnie w wielu zestawieniach, dotyczących tylko osobników kategorji starszej (Lubarsch). W tem znaczeniu istnieje więc niewątpliwie pewnego rodzaju antagonizm, a z faktu tego wnoszą niektórzy o pewnej odporności przeciwrakowej osobników, cierpiących na przewlekłą gruźlicę rozwiniętą. Odporność ta nie wyklucza zresztą bynajmniej wystąpienia raka, jak uczy doświadczenie, być może jednak, że wystąpienie raka u osobników z rozwiniętą gruźlicą, wymaga silniejszego zadziałania bodźca rakotwórczego. Bodźcem zaś rakotwórczym może być w takich przypadkach najprawdopodobniej nawet gruźlica sama (raki toczniowe, raki jam gruźliczych, raki jelit).

Nawet niezbite statystyczne wykazanie rzadkości równoczesnego pojawiania się gruźlicy rozwiniętej i raka, nie pozwala jednak jeszcze na stwierdzenie rzeczywistego, choćby jednostronnego antagonizmu obu schorzeń, w znaczeniu odporności, wywołanej przez jedno schorzenie wobec schorzenia drugiego. Zjawisko to może być wynikiem odmiennej skłonności konstytucjonalnej osobniczej, jeśli przyjmie się istnienie typu somatycznego, skłonnego do raka, a odmiennego typu usposobionego do gruźlicy postępującej (np. typ gruźliczy, asteniczny). W tym duchu wypowiada się wielu autorów, spośród których Bobbio przyjmuje istnienie dwóch biochemicznie różnych typów konstytucjonalnych, poniekąd przeciwstawnych. Uderza również fakt, że spośród zwierząt laboratoryjnych, odporne na gruźlicę szczury i myszy, zapadają często na złośliwe nowotwory samoistne i do badań nad przeszczepianiem nowotworów doskonale się nadają, w przeciwieństwie do wrażliwych na gruźlicę królików a zwłaszcza świnek morskich.

Za pewną jednak nieswoistą odpornością przeciwrakową, wywołaną przez gruźlicę rozwiniętą, zdają się przemawiać przez analogję, pewne spostrzeżenia kliniczne. Znanym jest fakt pojawiania się jakgdyby predylekcyjnego raka u ludzi dotąd silnych i zdrowych. Schmidt zwrócił już dawno uwagę na małą ilość chorób zakaźnych stwierdzanych w wywiadzie u osób rakowatych, a potwierdza to ostatnie Ciaranfi, podkreślając szczególnie rzadkość ostrego gośćca stawowego i kiły. Liczne obserwacje zdają się wskazywać na niekorzystny dla rozwoju nowotworów wpływ ostrych chorób zakaźnych, np. róży w przypadkach mięsaków (Busch). Takiego rodzaju więc nieswoista i niezupełna odporność przeciwrakowa, zachodząca w gruźlicy rozwiniętej, byłaby możliwą do przyjęcia. Większą częstość raka w okolicach cywilizowanych, możnaby z tego punktu widzenia usiłować tłumaczyć lepszem zwalczaniem gruźlicy oraz epidemij chorób zakaźnych. Na pewną równoległość w wzrastaniu raka i spadaniu gruźlicy, zwracają uwagę Cherry, Miller i inni.

Jeśli chodzi o wzajemny wpływ gruźlicy i raka, współistniejących u tego samego osobnika, to ani spostrzeżenia kliniczne, ani anatomo-patologiczne, nie pozwalają na przyjęcie możliwości jakiejkolwiek przeciwstawności czyli wzajemnego zwalczania się tych schorzeń. Wystąpienie raka u osobnika gruźliczego, pogarsza, zdaniem wielu autorów, przebieg gruźlicy (Ayello, Derischanoff i in.), pogarszając stan ogólny; rak może nawet „rozdmuchać“ gruźlicę zagojoną, analogicznie zresztą do innych schorzeń, obniżających oporność, lub samej starości (Grodzieński, Naegeli, Pettinari, Sterling-Okuniewski, Vasileff). Ciekawem jednak, choć zupełnie niejasnem, jest spostrzeżenie, że wystąpienie raka płuc u osobnika z rozwiniętą gruźlicą płuc, powoduje szybko zniknięcie prątków z plwociny (Derischanoff, Hochstetter), czego jednak w każdym razie za objaw polepszenia stanu gruźlicy uważać nie należy. Świeże zakażenie gruźlicze osobników rakowych, teoretycznie możliwe, jest w praktyce trudne do przyjęcia ze względu na wiek rakowy, w którym w ogromnej większości przypadków, alergja gruźlicza już istnieje. Z braku odnośnych publikacyj kazuistycznych, należy ewentualność leczniczego wpływu świeżego zakażenia gruźliczego na przebieg raka u ludzi, uznać conajmniej za mało prawdopodobną. Sprawa ta przedstawia się w doświadczeniu na zwierzętach, jak zobaczymy, nieco inaczej.

O ile równoczesne stwierdzenie raka i gruźlicy u tego samego osobnika, nie należy do rzadkich rozpoznań sekcyjnych, o tyle równoczesne zmiany gruźlicze i rakowe w jednym narządzie zachodzą już bardzo rzadko. Zjawisko to można tłumaczyć predylekcyjnem występowaniem raka w takich narządach, jak żołądek, macica, sutek, warga dolna i odbytnica, to jest w narządach stosunkowo rzadko zajmowanych przez gruźlicę. Rak płuca, to jest narządu najczęściej przez gruźlicę zajmowanego, należy, mimo niewątpliwego jego znacznego wzrostu w ostatnich latach, do schorzeń rzadszych, a wychodzi zresztą zazwyczaj z nabłonka wielkich oskrzeli, które rzadko ulegają zmianom gruźliczym. Niemniej płuco jest tym narządem, w którym równoczesne istnienie raka i gruźlicy zachodzi najczęściej, choć dotyczy to przedewszystkiem gruźlicy wygojonej. Możliwość wpływu etjologicznego gruźlicy przy raku płuca, odrzuca znaczna większość autorów bez zastrzeżeń (Hochstetter, Nowicki, Seifahrt, Suzuki i in.). Poza płucami opisano równoczesne zmiany gruźlicze i rakowe w innych narządach jako sprawy rzadkie lub bardzo rzadkie; i tak w sutku (Lucchese, Villard i Martin), w żołądku (Tsunehisa, Wolf), w jądrze (Klages, Pflugradt), w nerce (Meredith), w ciele macicy (Petridis), w kątnicy (Lubarsch, Solé), oraz krtani, skórze i t. p. W większości opisanych przypadków gruźlica była schorzeniem starszem, a co do jej roli patogenetycznej (jako przewlekłego drażnienia), zdania autorów są podzielone. Naegeli odrzuca kategorycznie możliwość zakażenia gruźlicą od zewnątrz, wrzodziejącego raka (np. krtani), niektórzy jednak (np. Tsunehisa) możliwość taką przyjmują.

O ile rzadkość współistnienia raka i gruźlicy rozwiniętej należy przyjąć za statystycznie niewątpliwie stwierdzoną i podlegającą tylko różnym możliwościom interpretacji, o tyle większej częstości raka u ludzi bez wszelkich zmian gruźliczych niż u ludzi wykazujących zmiany gruźlicze niepostępujące lub zagojone, wykazywanej statystycznie przez wielu autorów, nie można przyjąć bez zastrzeżeń. W badaniu sekcyjnem bowiem, choćby bardzo dokładnem, łatwo można przeoczyć nieznaczne zagojone zmiany gruźlicze w płucach lub gruczołach limfatycznych. Dlatego najlepszem uzupełnieniem statystyk sekcyjnych, byłyby systematyczne badania skórnych odczynów alergicznych gruźliczych u ludzi rakowatych, dotychczas niestety bardzo nieliczne. Przeciwko wszelkiemu antagonizmowi pomiędzy rakiem a gruźlicą niepostępującą, przemawiają wyniki badań Vasileffa, który u wszystkich rakowych znajdował stale i bez wyjątku, dodatnie odczyny gruźlicze alergiczne.

Pewne zestawienia statystyczne wykazują rzadsze powstawanie przerzutów u osobników rakowych, równocześnie gruźliczych (Suzue, Kitasu). Bobbio usiłuje zjawisko to tłumaczyć zmianami gruźliczemi w naczyniach i gruczołach limfatycznych, mającemi jakoby utrudniać przechodzenie tą drogą komórek rakowych. Skądinąd jednak wiadomo, że rak i gruźlica, rozwijające się w jednym narządzie, mogą dawać wspólne przerzuty do tych samych gruczołów limfatycznych (Krische, Teutschländer).

Znacznie mniej liczne od badań statystycznych i publikacyj kazuistycznych, są prace doświadczalne nad zagadnieniem wzajemnego stosunku gruźlicy i raka. Teutschländer wykazał, że zakażenie kur gruźlicą ptasią, wywołuje nietylko odporność przeciwko szczepieniu im mięsaka Rous'a, lecz nawet zupełny zanik rozwiniętego już guza. Później jednak przekonał się, że dotyczy to tylko zakażeń małą ilością hodowli, zakażenia zaś masywne wywołują wprost przeciwnie szybszy wzrost nowotworu, co odnosi on do podrażnienia w pierwszym przypadku, a porażenia w drugim, układu siateczkowo-śródbłonkowego. Badania Costa'y, który przeczy istnieniu odporności kur gruźliczych przeciw przeszczepianemu mięsakowi Rous'a, wykazały unieczynniający wpływ tkanki gruźliczej na jadowity przesącz tego nowotworu. Tak badania Costa'y, jak i Teutschländera, dotyczą nowotworu zwierzęcego o dość odrębnym charakterze, i nie pozwalają na wyciąganie jakichkolwiek wniosków w stosunku do ludzkiego raka i ludzkiej gruźlicy. Dlatego też prace Fischera, który hodował *in vitro* komórki mięsaka Rous'a obok kolonij prątka gruźliczego i widział silne pożeranie prątków przez komórki nowotworowe bez widocznej dla komórek szkody, nie wnoszą wiele światła do istoty zagadnienia tych schorzeń u człowieka. Bardziej przekonywujące są doświadczenia, które wykonali Centanni i Rezzesi na myszach.

Z doświadczeń tych wynika, że równoczesne szczepienie w to samo miejsce, zawiesiny komórek mysiego raka gruczołowego i zjadliwych prątków gruźliczych, nie powoduje nigdy przyjęcia

się nowotworu, jeśli prątki są żywe; rak zaś przyjmuje się regularnie, jeśli dodane prątki są zabite. Przejściowa gruźlica myszek, wywołana zaszczepieniem im zjadliwych prątków, wywołuje w czasie swego trwania zupełną odporność przeciwko szczepieniu raka, lub conajmniej wolne i słabe jego rozwijanie się.

Cohn i Collier wykonali podobne doświadczenia na królikach, przeszczepiając raka raz równocześnie z świdrowcem Brucego *(Trypanosoma brucei)*, a raz z prątkami gruźliczemi; świdrowiec nie zmieniał zupełnie złośliwości przeszczepionego nowotworu, podczas gdy prątki gruźlicze obniżały ją znacznie.

Simpson i Millard, próbowali leczenia tuberkuliną samoistnych raków mysich, jednakowoż bez dodatnich wyników. Ponieważ jednak próby leczenia tuberkuliną nowotworów złośliwych uważa wielu autorów za uzasadnione, leczyli Pearl, Sutton i Howard, 7 przypadków raka i mięsaka u ludzi tuberkuliną, a wyniki były, zdaniem ich, bardzo zachęcające.

Badania doświadczalne przemawiają więc wyraźnie za istnieniem pewnego, conajmniej jednostronnego antagonizmu, są one jednak bardzo nieliczne i wymagałyby kontroli i rozbudowy.

Odpowiedź na ostatnie z postawionych u wstępu pytań, a mianowicie, czy i w jakim stopniu gruźlica może być czynnikiem przyczynowym dla raka, napotyka na znaczne trudności ze względu na niejasną etjologję nowotworów złośliwych. Wiele zdaje się jednak przemawiać za tem, że gruźlica zagojona, bliznowata, może być podłożem dla rozwoju raka. W piśmiennictwie opisano ponad 500 przypadków raka skóry na podłożu tocznia, a dobrze znane są raki zagojonych wrzodów gruźliczych przewodu pokarmowego. Lubarsch przypuszcza, i nie bez słuszności, że gruźlica nie działa tu swoiście rakotwórczo, lecz, że te raki należy utożsamiać z wszelkiemi innemi rakami rozwijającemi się w bliznach. Znaczna większość autorów zgadza się z stanowiskiem Lubarscha, uważając, że blizny gruźlicze można uważać za „przewlekły uraz", w odpowiednich warunkach rakotwórczy.

Mniej brana jest pod uwagę dawna teorja Brintona i Williamsa, oparta na badaniach statystycznych, według której, oszczędzone przez gruźlicę potomstwo rodziców gruźliczych, zapada w ogromnym procencie na raka. Teorja ta znalazła bardzo mało zwolenników, i posiada dzisiaj znaczenie raczej historyczne. Niemniej jednak wypada zgodzić się z zdaniem Centanniego, że na podstawie zbyt szczupłego materjału statystycznego, jakim dziś rozporządzamy, nie możemy wprawdzie teorji Brintona i Williamsa potwierdzić, ale także nie możemy jej odrzucić. Szczególnie badania lat ostatnich nad wielopostaciowością prątka gruźliczego, jego przesączalnością (Fontès, Sanarelli i Alessandrini) i jego przechodzeniem przez łożysko (Calmette), kryć mogą w sobie jeszcze wiele niespodzianek.

II.

Materjał sekcyjny lwowskiego Instytutu Anatomji Patologicznej, opracowaliśmy z punktu widzenia wzajemnego stosunku gruźlicy i raka za ostatnich lat dziesięć, t. j. od roku 1923, do roku 1932 włącznie. W czasie tym wykonano 10.155 sekcyj, w czem 878 razy rozpoznano raka, a 2.001 razy wykazano zmiany gruźlicze. Do przypadków raka zaliczaliśmy również sekcje osób zmarłych z bezpośrednich powikłań operacyj wykonanych celem usunięcia raka. Liczba 2.001 obejmuje zaś wszelkie stwierdzone zmiany gruźlicze, tak więc ogólną gruźlicę prosówkową, gruźlicę rozwiniętą rozpadową, przewlekłą gruźlicę włóknistą oraz zagojoną gruźlicę bliznowatą szczytów płuc, gruczołów lub innych narządów. Nie uwzględnialiśmy zrostów opłucnowych, o ile nie towarzyszyły im wyraźne zmiany gruźlicze, gdyż w braku ostatnich, prawdopodobny nawet ich charakter gruźliczy, nie mógłby być wykazany.

Na ogólną liczbę 878 przypadków sekcyjnych raka, stwierdzono równocześnie zmiany gruźlicze w 94 przypadkach, w 784 zaś przypadkach gruźlicy nie stwierdzono.

Na 8.154 sekcyj, w których gruźlicy nie stwierdzono, przypada więc 784 przypadków raka, czyli 9,6%.

Na 2.001 sekcyj, w których stwierdzono zmiany gruźlicze, przypada 94 przypadków raka, czyli 4,7%.

Z liczb tych wynikałoby więc, że rak zdarza się dwa razy częściej u osobników niegruźliczych, niż u osobników gruźliczych. Wniosku takiego jednak bezpośrednio nie można wyciągać, ponieważ liczby w ten sposób otrzymane, kryją w sobie szereg źródeł błędu. Źródłem błędu może być przedewszystkiem wliczanie sekcyj dzieci i ludzi młodych, zmarłych spowodu gruźlicy znacznie przed osiągnięciem wieku rakowego. U ludzi młodych nie można w żadnym razie uważać gruźlicy za przyczynę zmniejszonej zapadalności na raka, gdyż w wieku tym jest rak schorzeniem rzadkiem lub bardzo rzadkiem (np. u noworodków i osesków). Błędu stąd wynikającego można uniknąć, przy uwzględnieniu wyłącznie sekcyj osób zmarłych powyżej 40 roku życia włącznie. O ile bowiem poniżej 40 roku życia stwierdziliśmy zmiany gruźlicze w naszym materjale 1.350 razy wobec 187 raków, o tyle w wieku powyżej 40 roku życia włącznie, zmiany gruźlicze i przypadki raka mniejwięcej się równoważą (651 razy zmiany gruźlicze — 691 razy rak).

Sekcyj osób zmarłych powyżej 40 roku życia włącznie, wykonano w dziesięcioleciu 1923—1932 ogółem 3.682, w czem 691 razy rozpoznano raka, a 651 razy wykazano zmiany gruźlicze.

Na ogólną liczbę 691 przypadków raka, stwierdzono równoczesne zmiany gruźlicze w 70 przypadkach, w 621 zaś przypadkach zmian gruźliczych nie wykazano.

Na 3.031 sekcyj, w których gruźlicy nie stwierdzono, przypada więc 621 przypadków raka, czyli 20,4%.

Na 651 sekcyj, w których stwierdzono zmiany gruźlicze, przypada 70 przypadków raka, czyli 10,7%.

Z zestawienia powyższego wynika więc, że zapadalność na raka osobników niegruźliczych, jest blisko dwa razy większą od zapadalności osobników wykazujących zmiany gruźlicze.

Źródłem błędu mogłoby być, jak już wspomnieliśmy w części I-ej, nierozpoznanie w pewnej ilości przypadków, nieznacznych, zagojonych zmian gruźliczych np. w płucach lub gruczołach limfatycznych; gdyby błąd ten dotyczył wyłącznie sekcyj osobników rakowych, mógłby stosunek ulec znacznej zmianie; ponieważ jednak, wobec jednakowej i dokładnej zresztą techniki sekcyjnej, dotyczy on w równej mierze sekcyj osobników rakowych i nierakowych, błąd ten znaczniejszego wpływu na stosunek mieć nie może.

Innym możliwym zarzutem, mógłby być zarzut zbyt małej ilości obserwacyj i możliwości wynikającego stąd błędu, będącego w granicach rozrzutu statystycznego. Błędu tego trudno jest uniknąć w ramach statystyki jednej prosektury; statystyka taka może być jednak materjałem dla obszerniejszych opracowań. Statystyka statystyk kanadyjskich naprzykład, którą opracował Mc Intosh, obejmuje 107.000 zgonów, w czem 8.000 raków; w przypadkach sekcyjnych stwierdził on nowotwory złośliwe u osobników gruźliczych w 1,2%, u niegruźliczych zaś w 9,3%.

Jeśli chodzi o równoczesną gruźlicę i raka u jednego osobnika, to przyjmuje się ogólnie, wzorem Lubarscha, cztery możliwości kombinowania się tych schorzeń: 1. Obok gruźlicy wygojonej (ściślej niepostępującej), rozwija się rak. 2. Gruźlica przewlekła, pod wpływem raka świeżo zaostrzona. 3. Świeże zakażenie gruźlicze przy istniejącym raku. 4. Pojawienie się raka obok gruźlicy przewlekłej, stale postępującej. Pozatem przyjmuje się jeszcze teoretycznie możliwość równoczesnego powstania raka i gruźlicy.

Podział Lubarscha posiada znaczenie przedewszystkiem teoretyczne, gdyż w praktyce, wobec znacznej wielopostaciowości gruźlicy i braku ogólnie obowiązującego jej podziału, niekiedy trudno jest przydzielić dany przypadek z pewną stanowczością do pewnej kategorji. Trudności wzrastają niepomiernie, gdy musi się oprzeć tylko na protokole sekcyjnym, nie znając przebiegu choroby. W ogromnej jednak większości przypadków, chronologiczne pierwszeństwo gruźlicy zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, na podstawie samego obrazu anatomicznego. Stwierdzenie zaś gruźlicy, jako schorzenia późniejszego, wymagałoby conajmniej niewątpliwego stwierdzenia braku jej (naprzykład na podstawie ujemnych odczynów alergicznych), w okresie poprzedzającym wystąpienie nowotworu.

Pośród 94 przypadków równoczesnego raka i gruźlicy, stwierdzonych w całym materjale 10.155 sekcyj, znaczną większość, gdyż 62 przypadków czyli 64,8%, tworzy przewlekła, wytwórcza, włóknista gruźlica płuc. W 3 przypadkach (3,2%), stwierdzono zmiany włókniste i zwapnienia w gruczołach, bez wyraźnych zmian w płucach. Tę znaczną większość (64,8 *plus* 3,2%), należy zaliczyć do pierwszego lub czwartego punktu kategoryj Lubarscha, gdyż trudno jest orzec na podstawie protokołów sekcyjnych, czy przypadki te należały do gruźlicy zwolna postępującej lub też niepostępującej. Obraz anatomiczny tych przypadków, przemawia jednak w każdym razie przeciw zaostrzeniu lub zmianie charakteru sprawy gruźliczej (np. na postać wysiękową), pod wpływem rozwijającego się raka i wyniszczenia rakowego.

W 12 przypadkach (12,7%), istniała, obok raka, przewlekła rozpadowa gruźlica płuc. Przypadki te zaliczyć należy do czwartej kategorji Lubarscha, gdyż brak jest danych dla wykazania pogorszenia gruźlicy pod wpływem raka, jako sprawy niewątpliwie późniejszej.

W 10 przypadkach (10,6%), stwierdzono obok raka i przewlekłej gruźlicy płuc, objawy świeżego zaostrzenia lub uogólnienia sprawy gruźliczej, pod postacią serowatego zapalenia płuc, świeżych jam gruźliczych typu wysiękowego, lub prosówkowego rozsiania w płucach i innych narządach. Ponieważ z pewnem prawdopodobieństwem zaostrzenie to odnieść można do pogorszenia stanu ogólnego przez sprawę nowotworową, przypadki te zaliczyć można do drugiej kategorji Lubarscha.

W 6 przypadkach (6,3%), opisana jest w protokołach, obok sprawy nowotworowej, gruźlica ostra, pod postacią serowatego zapalenia płuc lub gruźlicy prosówkowej, bez wzmianki o ogniskach gruźliczych starszych, jako ewentualnych punktów wyjścia zaostrzenia sprawy. Przypadki te możnaby zaliczyć, z licznemi jednak zastrzeżeniami, do trzeciej kategorji Lubarscha, t. j. świeżego zakażenia gruźliczego przy istniejącym raku.

W 1 przypadku opisana jest gruźlica nerek, moczowodów i pęcherza, oraz rak pęcherza. Ponieważ gruźlicę, jako czynnik rakotwórczy można przyjąć tylko w przypadku zagojonych blizn gruźliczych, a w danym przypadku opisano ostrą gruźlicę wrzodziejącą, połączenie obu spraw chorobowych w pęcherzu, należy w tym przypadku uważać prawdopodobnie za przypadkowe.

Protokoły sekcyjne nie pozwalają na przyjęcie w żadnym przypadku równoczesnego zakażenia gruźlicą i powstania raka. Ewentualność taka zresztą, trudna lub niemożliwa do wykazania, mogłaby być dziełem czystego przypadku, i trudno jest przewidzieć dalszy, równoczesny rozwój obu schorzeń obok siebie.

Z powyższego zestawienia zdaje się przedewszystkiem wynikać, że rak rozwijający się u osobnika gruźliczego, nie powoduje w większości przypadków zaostrzenia sprawy gruźliczej, że jednak takie zaostrzenie może wywołać. Najczęstszą zaś postacią gruźlicy, stwierdzaną obok raka, jest stosunkowo mało czynna lub nieczynna gruźlica włóknista. Jeśli wynik ten zestawi się z wynikiem statystycznych rozważań poprzednich, z których okazało się, że rak występuje dwa razy częściej u osobników niegruźliczych, niż u gruźliczych, to możnaby wnioskować, że gruźlica wywołuje pewną odporność przeciwrakową i to tem silniejszą, im bardziej jest rozwiniętą i złośliwą. Ze względu na pojawienie się raka w wieku późniejszym, w którym niemal stale istnieje już swoista lub nieswoista odporność przeciwgruźlicza, o żadnej odporności udzielonej przez raka wobec zakażenia gruźliczego, nie można wnosić.

Jeśli chodzi o rodzaj raków, jakie w naszym materjale istniały u osobników gruźliczych, to widzimy tu raki wszystkich niemal narządów. Największy odsetek tworzy 40 przypadków raka żołądka, co odpowiada 42,5% ogółu raków osobników gruźliczych, i przekracza nieco częstość pojawiania się raka żołądka pośród wszystkich przypadków raka w naszym materjale sekcyjnym w omawianem dziesięcioleciu (32,6%). Pozatem stwierdzono 8 przypadków raka przełyku, po 6 przypadków raka oskrzela i macicy, po 4 przypadki raka odbytnicy, pierwotnego raka wątroby, raka dróg żółciowych i raka okrężnicy, po 3 przypadki raka krtani i pęcherza moczowego, po 2 przypadki raka trzustki, dwunastnicy i skóry, oraz po jednym przypadku raka wargi dolnej, języka, szczęki dolnej, sutka i gruczołu krokowego. W jednym przypadku nie udało się wykazać pierwotnego ogniska raka. Raka i gruźlicę w jednym narządzie stwierdzono 6 razy w płucach i raz w pęcherzu moczowym.

Zestawienie powyższe nie pozwala na stwierdzenie specjalnej skłonności osobników gruźliczych do raków pewnych narządów, jak to przypuszczano dawniej. Niema również podstawy do przypuszczenia, by rak pewnych narządów (np. rak przełyku — Lebert) skłaniał do gruźlicy. Szczupłość zaś materjału nie pozwala na wyciąganie dalej idących wniosków z zaznaczającej się pewnej przewagi raków przewodu pokarmowego u gruźliczych (63,8%; wobec 49,1% u niegruźliczych).

Pewni autorzy wykazali, jak wspomnieliśmy, mniejszą a nawet znacznie mniejszą częstość powstawania przerzutów rakowych u osobników równocześnie gruźliczych. Spostrzeżenia tego na naszym materjale nie możemy potwierdzić; o ile bowiem pośród wszystkich 878 przypadków raka przerzuty wystąpiły w 414 przypadkach czyli 47,1%, to pośród 94 przypadków raka i gruźlicy, wystąpiły przerzuty 46 razy, czyli 48,9%, nie omijając również przypadków raka i gruźlicy rozwiniętej.

III.

Badania statystyczne nad stosunkiem mięsaka do gruźlicy są znacznie mniej liczne od badań, dotyczących raka, co można tłumaczyć względną rzadkością tego nowotworu. Pearl stwierdza gruźlicę 3,3 razy rzadziej u mięsakowatych, niż u osobników niewykazujących tego nowotworu. Równoczesne istnienie gruźlicy i mięsaka w jednym narządzie, należy do największych rzadkości; spostrzegano zmięsakowacenie tocznia skóry (Racinowski). Na szczególną uwagę zasługuje wystąpienie mięsaka po głębokiem i długotrwałem naświetlaniu promieniami Roentgena stawów gruźliczo zmienionych, gdyż w przeciwieństwie do raków rentgenowskich jest zagadnienie mięsaków rentgenowskich, zupełnie niewyjaśnione. Przypadków takich zebrał Küttner z piśmiennictwa 11, a dwa własne opisuje Denks. Badania doświadczalne na zwierzętach dotyczyły często mięsaków i zdają się przemawiać za istnieniem pewnego antagonizmu obu schorzeń.

Materjał sekcyjny lwowskiego Instytutu Anatomji Patologicznej za lata 1923—1932, wykazuje na 10.155 sekcyj, 171 przypadków mięsaka, z czego na 8.154 sekcyj, w których gruźlicy nie wykazano, wypada 157 mięsaków czyli 1,9%, zaś na 2.001 sekcyj osobników gruźliczych 14 mięsaków, czyli 0,69%. Ponieważ okres zapadalności i śmiertelności na mięsaka wypada podobnie jak w gruźlicy na wiek młody, można, bez podziału na kategorje wiekowe, a z temi samemi zastrzeżeniami, które podnieśliśmy przy omawianiu raka, stwierdzić, że w naszym materjale mięsak zdarza się u osobników gruźliczych blisko 3 razy rzadziej niż u niegruźliczych. Ciekawem jest jednak, że spośród 14 przypadków jeden tylko dotyczy dziecka 3 i pół letniego, cztery osobników około 30 roku życia, dziewięć zaś przypadków osobników powyżej 40 roku, w czem trzy razy znachodzimy przekroczony 60 rok życia. Przypadki zaś mięsaków u niegruźliczych, dotyczą w ogromnej większości ludzi poniżej i znacznie poniżej 40 lat. Szczupłość materjału nie pozwala na wyciąganie dalej idących wniosków. Pod względem postaci gruźlicy, przedstawia 5 przypadków gruźlicę rozwiniętą — rozpadową, 5 gruźlicę serowatą gruczołową, a 4 przypadki gruźlicę przewlekłą, wytwórczą płuc.

Przypadki równoczesnego istnienia innych, rzadszych nowotworów złośliwych i gruźlicy, nie pozwalają na wyciąganie wniosków statystycznych, spowodu małej liczby. Są to cztery przypadki śródbłoniaka opłucnej, dwa przypadki złośliwego nadnerczaka, dwa glejaki mózgu i dwa nowotwory złośliwe, histologicznie nieokreślone.

Streszczenie.

1. Wyniki badań statystycznych różnych autorów nad stosunkiem gruźlicy do raka nie są zgodne, przeważnie jednak stwierdzają one większą rzadkość raka u osobników gruźliczych; niemal zgodnie natomiast stwierdzają one rzadkość równoczesnego istnienia gruźlicy rozwiniętej i raka u tego samego osobnika.

2. Prace doświadczalne na zwierzętach są nieliczne, przemawiają jednak za pewną odpornością przeciwrakową, wywołaną przez gruźlicę.

3. Równoczesne istnienie gruźlicy i raka w jednym narządzie jest rzadkie. Gruźlica przewlekła, bliznowata, prawdopodobnie może mieć jednak znaczenie rakotwórcze.

4. W materjale sekcyjnym lwowskiego Instytutu Anatomji Patologicznej, w latach 1923—1932, wykazano spośród ogólnej liczby 10.155 sekcyj, u osobników gruźliczych 94 raków czyli 4,7%, u osobników zaś niegruźliczych 784 raków, czyli 9,6%. Tej stosunkowej rzadkości raka u osobników gruźliczych, nie tłumaczy wystarczająco śmiertelność spowodu gruźlicy w wieku przedrakowym, gdyż powyżej 40 roku życia włącznie, zdarza się rak u gruźliczych w 10,7%, u niegruźliczych zaś w 20,4%. Ogólnie więc zdarza się rak u osobników niewykazujących anatomicznych zmian gruźliczych, dwa razy częściej.

5. Rak, powstały u osobników gruźliczych, powoduje tylko w małym procencie zaostrzenie procesu gruźliczego.

6. Najczęściej stwierdza się u osobników rakowych nieczynną lub mało czynną gruźlicę włóknistą. Postacie gruźlicy daleko posuniętej stwierdza się rzadko.

7. Mięsak pojawia się u osobników niegruźliczych w naszym materjale blisko 3 razy częściej, niż u osobników gruźliczych.

8. Na podstawie danych powyższych nie można stwierdzić, czy względna rzadkość raka u osobników gruźliczych jest skutkiem pewnej odporności przeciwrakowej, wywołanej przez gruźlicę, czy też jest następstwem odmiennej skłonności osobniczej — konstytucjonalnej do gruźlicy i do raka.

Piśmiennictwo:

Ayello G.: Rass. Clin. 1932, 31, 12. (Ref. Z. f. Krebsfg. 37, 53, 1932). — Bobbio A.: Cancro 1932, 3, 16. — Busch: cyt. Centanni. — Brinton i Williams: cyt. Centanni i inni. — Calmette A.: Bull. Acad. Méd. 1929, 102, 93. — Calmette A., Valtis J., Lacomme M.: Presse Méd. 1926, 90, 1409. — Carlson i Bell J.: Canc. Res. 1929, 13, 126. (Ref. Z. f.

Krebsfg. 1930, 30, 50). — Centanni E. i Rezzesi F.: Les Néoplasmes, 1926, V. 4, 211. — Cherry: cyt. Centanni i Rezzesi. — Centanni E.: Atti II. Conv. naz. p. l. Lotta contro il Cancro 1931, 71. — Ciaranfi E.: Cancro 1932, 3, 129. — Cleland i Burton: Proc. roy. Soc. Med. 1930, 23. — Cohn A. i Collier W. A.: Zf. f. Krebsfg. 1933, 38, 296. — Costa A.: Z. f. Krebsfg., 1932, 37, 137. — Denks: Arch. klin. Chir. 1931, 168, 215. — Derischanoff S.: Z. f. Krebsfg. 1928, 26, 275.; Z. f. Krebsfg. 1932, 36, 82. — Findeisen L.: Gyógyászat 1930, I. 394. (Ref. Z. f. Krebsfg. 1930, 32, 52). — Fischer A.: Arch. f. exp. Zellforsch. 1927, 3, 389; „Gewebezüchtung", Vlg. Müller-Steinicke, München 1930. — Fontes A.: „L'Ultravirus tuberculeux", Masson C-ie, Paris 1932. — Fortune C. H.: Ann. int. Med. 1929, 3, 495. (Ref. Z. f. Krebsfg. 1930, 31, 49). — Grodzieński E.: Nowotwory, VII. 1—2, 28. — Hoche: Wien. kl. Wchft. XLV, 19, 1932. — Hochstetter: Kl. Wochft. 1926, I. 24, 1091. — Klages: Z. f. Krebsfg. 1930, 587. — Krische: Frankf. Z. f. Path. 12, 63, 1913. — Küttner: Arch. klin. Chir. 1931, 164, 5. — Lubarsch O.: Virch. Arch. 111, 280. — Lucchese G.: Ann. ital. Chir. 1931, 10, 217. — McIntosh J. W.: Canad. publ. Health. J. 1929, 20, 600. (Ref. Z. f. Krebsfg. 1930, 32, 33.). — Meredith J. M.: Amer. J. Surg. 1933, 19, 329. — Miller J.: Canad. publ. Health. J. 1930, 21, 174. (Ref. Z. f. Krebsfg. 1931. 34, 148). — Naegeli O.: Virch. Arch. 148, 435. — Nowicki W.: Z. f. Krebsfg. 1932, 37. 83. — Pearl R.: Proc. Soc. exp. Biol. a. Med. 1928, 26, 73. (Ref. Z. f. Krebsfg. 1930, 30, 95). — Petridis P.: Ref. Z. f. Krebsfg. 1932, 37. — Pettinari V.: Ann. ital. Chir. 1932, 11, 140. — Pelugradt W.: Z. f. Krebsfg. 1932, 35, 164. — Racinowski A.: Medycyna Warsz. 1930, 13, 426. — Rokitansky: cyt. Lubarsch i inni. — Sanarelli i Alessandrini: Ann. Inst. Pasteur XLVIII, 1932, 2. — Schmidt R.: Med. Klinik, 1910, 1690. — Seifahrt: cyt. Hochstetter. — Simpson B. i Millard C.: Ann. Surg. 1931, 93, 169. — Solé R.: Arch. argent. Enferm. Apar. digest. 5, 697, 1930. (Ref. Z. f. Krebsfg. 1931, 33, 132). — Sterling-Okuniewski St.: Nowotwory, VI., 1, 10. — Sternberg C.: „Der heutige Stand der Lehre von den Geschwülsten, im besonderen der Carcinome", J. Springer, Wien. 1924. — Suzue, Kitasu: Path. inst. med., coll. Kumamoto. (Ref. Z. f. Krebsfg. 1929). — Suzuki T.: Trans. jap. path. Soc. 21, 828, 1931. (Ref. Z. f. Krebsfg. 1932, 36, 66). — Tavernari A.: Atti II. Conv. naz. p. l. Lotta c. il Cancro 1931, Bologna. — Teutschländer O.: Kl. Wochft. 1929, 35, 1606. — Z. f. Krebsfg. 1930, 30, 499; 14 Tag. d. Dtsch. Ges. f. Mikrobiol. Heidelberg, 1931. (Zbl. f. Bakter. I. orig. 122). — Tsunehisa S.: Gann. 1930, 24, 1. (Ref. Z. f. Krebsfg. 1931, 33, 66). — Vasileff B.: Verh. 2. intern. Kongr. vergl. Path. 2, 539, 1931. — Villard i Martin: La Pr. Méd. 1933, 29, 587. — Wilson i Helen: Amer. J. Canc. 1930, 16, 227. — Wolf R.: Z. f. Krebsfg. 1930, 30, 482.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Stefan HEINTSCH. Lwów.

Badania nad stosowaniem Neutracid'u „Galen".

Z Państw. Szpit. Powsz. Oddział Wewnętrzny I. we Lwowie.
Prymarjusz: Doc. Dr. Wincenty Czernecki.

I.

Ciągle jeszcze sprawa leczenia chorób żołądka pozostaje otwartą, ciągle jeszcze walczymy z małym skutkiem ze zjawiskami, które zależą od zmian patologicznych żołądka i jelit. Liczne laboratorja chemiczne dążą mozolnie do znalezienia środków, które spełniłyby to zadanie, bez większego jednak powodzenia.

Różne przyczyny składają się na ten fakt: przedewszystkiem różnorodność zjawisk chorobowych, dalej ich uporczywość, wreszcie zbyt mała skuteczność poszczególnych środków, któremi rozporządza medycyna współczesna. Chcemy podkreślić, że większość schorzeń żołądkowych, to schorzenia przewlekłe, opierające się naszym wysiłkom leczniczym. Wystarczy wymienić nieżyt kwaśny żołądka z jego powikłaniami i uporczywem trwaniem, aby odrazu stanąć przed problemem trudnym. Używamy pokolei leków starszych i nowszych, stwierdzamy stan kwasoty, wykonujemy badanie rentgenologiczne, próbę benzydynową w kale, poczem wchodzimy w długotrwały okres leczenia, z mniejszym lub większym skutkiem, zależnie od cierpliwości chorego.

Wystarczy przejść tylko pobieżnie nasz arsenał tradycyjnych leków żołądkowych: belladona i jej pochodne, alkalja przy nadkwasocie, kwas solny i pepsyna przy zmniejszonej kwasocie i achylji, kora *Condurango* przy sprawach nowotworowych, oto w głównych zarysach leki, któremi operujemy. Wyniki ich zastosowania zwykle rozmaite, dodatnie lub ujemne (choć nie brak często i efektownych momentów), naogół jednak ciągle jeszcze szukamy i chętnie eksperymentujemy w tej tak dla nas ważnej dziedzinie. To też różne firmy chemiczne dostarczają nam dużo środków mających bezwzględnie usuwać wszystkie wymienione objawy. Cóż kiedy rzeczywistość idzie inną drogą i liczne meteory w postaci nowych leków zabłysły i zgasły bezpowrotnie. Miłym wyjątkiem w tej dziedzinie jest *„Neutracid"*, preparat skonstruowany przez firmę „Galen" we Lwowie.

II.

„Neutracid" jest to zmydlony tłuszcz orzechów muszkatułowych w formie małych pastylek, którego działanie polega na neutralizowaniu kwasów żołądkowych przez wydzielające się przy rozszczepieniu mydeł, alkalja. Działanie tychże mydeł jest wzmocnione składnikami roślinnemi wpływającemi na ruch robaczkowy żołądka i jelit. Jeżeli zatem *„Neutracid"* zetknie się w przewodzie pokarmowym z treścią kwaśną, działa na nią neutralizująco.

Zastosowaliśmy *„Neutracid"* w tych wszystkich przypadkach, gdzie mieliśmy do czynienia z objawami zgagi i nadkwaśności żołądka. W okresie zaś próby wstrzymaliśmy podawanie wszystkich innych leków, aby uniknąć wątpliwości co do działania *„Neutracidu"*.

Uwzględniliśmy 22 przypadków zgagi przy rozmaitych schorzeniach, z tego 10 bardzo dokuczliwych. Chorzy przyzwyczajeni byli do ogromnych ilości alkaljów. Jeden z nich zażywał po każdem jedzeniu łyżkę stołową sody, i mimo to cierpiał nadal. Zgłębnikowaniem stwierdziliśmy u tego osobnika nadmierną kwaśność i nadmierne wydzielanie. Wolny kwas solny naczczo 40, ogólna kwasota 62. W trzy kwadranse po podaniu próbnego śniadania według Ewalda-Boasa: wolny kwas solny wynosił 52, ogólna kwasota 74. Osobnik ten cierpiał na silną zgagę. Zastosowaliśmy energiczne leczenie neutracydem. Z początku podawaliśmy po każdem jedzeniu trzy pastylki, ponieważ zaś, w drugim dniu leczenia chory oznajmił nam, że cierpi znacznie mniej, prowadziliśmy nadal nasze leczenie. Po pewnym czasie zmniejszyliśmy dawkę do dwóch pastylek i osiągnęliśmy ten wynik, że zgaga po jedzeniu w ciągu pół godziny ustępowała zupełnie. Wobec tego postanowiliśmy podać choremu *„Neutracid"* przed jedzeniem. Próba powiodła się doskonale. Chory na drugi dzień oznajmił, że zgagi nie ma zupełnie. Nie mogliśmy niestety wykonać kontrolnego zgłębnikowania, gdyż chory musiał wyjechać, lecz zachęceni takim wynikiem prowadziliśmy dalej nasze badania. W każdym przypadku zgagi leczonej neutracydem, spotkaliśmy się z wynikiem dodatnim. Wszyscy chorzy stwierdzili, że neutracyd usuwał zgagę, zaś zażywany przed jedzeniem działał zapobiegawczo.

Te wstępne badania zachęciły nas do wykonania zgłębnikowania porównawczego. Każdego chorego zgłębnikowaliśmy po wstąpieniu na oddział, poczem stwierdziliśmy fakt, że choć nie we wszystkich przypadkach zgagi mieliśmy do czynienia z nadkwasotą żołądka, to jednak we wszystkich podawaliśmy neutracyd z niezawodnym skutkiem. Następnie wykonaliśmy dwa rodzaje doświadczeń.

A) Podawaliśmy w ciągu trzech dni po każdem jedzeniu po 2 pastylki neutracydu, zaś w czwartym dniu wykonywaliśmy podwójne zgłębnikowanie. Zaraz na wstępie zauważyliśmy duży spadek kwasoty w stosunku do jej pierwotnego poziomu. I tak, gdy kwasota przed użyciem naszego środka wynosiła:

I Przypadek: Wolny kwas solny 45. Ogólna kwasota 60 (I sonda).

Wolny kwas solny 52. Ogólna kwasota 70 (II. sonda).

to po 3 dniowym podaniu neutracydu: wynosiła:

Wolny kwas solny 15. Ogólna kwasota 32 (I sonda).

Wolny kwas solny 20. Ogólna kwasota 44 (II sonda).

Widzimy w przytoczonym przypadku, że kwasota spadła prawie o połowę. Taki sam wynik otrzymaliśmy w przybliżeniu w innych przypadkach.

B) Podawaliśmy trzy pastylki neutracydu po zgłębnikowaniu naczczo dnia poprzedniego i zgłębnikowaliśmy 45 minut po podaniu tego środka. Skonstatowaliśmy co następuje:

1 dzień (bez neutracydu, naczczo).

II Przypadek: Wolny kwas solny 32. ogólna kwasota 48.

2. dzień (45 minut po podaniu neutracydu); wolny kwas 0, ogólna kwasota 12.

III Przypadek: 1 dzień (bez neutracydu naczczo); wolny kwas solny 24, ogólna kwasota 47.

2 dzień (45 minut po podaniu neutracydu), wolny kwas solny 2, ogólna kwasota 14.

Pozatem zanotowaliśmy kilkanaście przypadków podobnych. Jednak nie ograniczyliśmy się do zastosowania neutracydu tylko w przypadkach zgagi, lecz równocześnie wzięliśmy pod uwagę cały szereg przypadków, w których na pierwszy plan występowały powikłania, związane ze zwiększeniem kwasoty żołądka, jakoteż uczuciem ciężkości po jedzeniu. Mianowicie uwzględniliśmy *hyperaciditas* bez objawów zgagi, *hypersecretio* z odbijaniami, przy opadnięciu i rozstrzeniach żołądka, przy *gastritis acida:* we wszystkich tych stanach chorobowych z doskonałym skutkiem. Dla braku miejsca musimy się ograniczać, więc pozwolimy sobie zacytować kilka z licznych przypadków, które wykażą dobitnie skutek działania neutracydu.

III.

1. Chory J. K. 28 lat. *Ptosis ventriculi, hyperaciditas, hypersecretio.*

Próba benzydynowa w kale ujemna (—). Roentgen wykazuje obniżenie żołądka i płynu na dłoń.

I Sonda (naczczo) wolny kwas solny 45, ogólna kwasota 60.

II Sonda po śniadaniu próbnem według Boas-Ewalda wolny kwas solny 52, ogólna kwasota 64.

W ciągu trzech dni po każdem jedzeniu po trzy pastylki neutracydu, poczem sonda żołądkowa:

I sonda (naczczo) wolny kwas solny 15, ogólna kwasota 25.

Chory, który cierpiał silnie na uczucie pieczenia w żołądku, zwłaszcza po jedzeniu, oraz uczucie ciężkości, czuł przy użyciu neutracydu z każdym dniem poprawę, pieczenie stopniowo zmniejszało się, wreszcie stało się nieznacznem.

2. Chory W. T. *Ulcus ventriculi.*

Próba benzydynowa w kale ujemna (—), badanie rentgenologiczne wykazuje zmiany części przedodźwiernikowej. Dolegliwości bardzo znaczne w pół godziny po jedzeniu, wobec czego chory wstrzymuje się od jedzenia i chudnie, budząc podejrzenia *quoad Ca.* Jednak zgłębnikowanie usuwa to podejrzenie, gdyż:

1 sonda (naczczo) wykazuje wolny kwas solny 50, og. kwasota 72.

2 sonda po śniadaniu próbnem wolny kwas solny 62, og. kwasota 64.

Trzy dni po każdem jedzeniu po 2 pastylki neutracydu, poczem sonda:

1 sonda (naczczo) wolny kwas solny 10, ogólna kwasota 32.

2 sonda po śniadaniu próbnem wolny kwas solny 20, ogólna kwasota 38.

Chory szybko przybiera na wadze, gdyż odżywia się należycie.

3. Chory F. S. lat 30 *Gastroptosis, hyperaciditas, hypersecretio.*

1 sonda (naczczo) wolny kwas solny 58, ogólna kwasota 63.

2 sonda po śniadaniu próbnem wolny kwas solny 60, ogólna kwasota 72.

W ciągu trzech dni po każdem jedzeniu neutracyd, poczem sonda.

1 sonda (naczczo) wolny kwas solny 22, ogólna kwasota 40.

2 sonda po próbnem śniadaniu kwas solny 20, ogólna kwasota 32.

4. Chory R. S. lat 29 *Gastroenteroptosis, Neurosis m. g.*

1 sonda (naczczo) wolny kwas solny 42, ogólna kwasota 56.

2 sonda po śniadaniu wolny kwas solny 48, ogólna kwasota 58.

W trzy dni przy podaniu neutracydu:

1 sonda (naczczo) wolny kwas solny 8, ogólna kwasota 18.

2 sonda po śniadaniu wolny kwas solny 12, ogólna kwasota 24.

5. Chory B. H. *Ulcus ventriculi.*

Próba benzydynowa ujemna (—). Roentgen wykazuje *owrzodzenie odźwiernika.*

1 sonda wolny kwas solny 40, ogólna kwasota 60.

2 sonda wolny kwas solny 52, ogólna kwasota 65.

W trzy dni przy podaniu neutracydu:

1 sonda wolny kwas solny 20, ogólna kwasota 36.

1 sonda wolny kwas solny 28, ogólna kwasota 40.

Po upływie dalszych 45 minut wykonano sondę po poprzedniem podaniu neutracydu.

Wolny kwas solny 12, ogólna kwasota 23.

6. Chory F. B. 49 lat *Ulcus duodeni, Hyperchlorhydria.*

1 sonda wolny kwas solny 20, ogólna kwasota 48.

2 sonda wolny kwas solny 28, ogólna kwasota 52.

Nazajutrz po podaniu neutracydu:

1 sonda wolny kwas solny 12, ogólna kwasota 30.

2 sonda wolny kwas solny 14, ogólna kwasota 32.

Po podaniu neutracydu wykonano trzecią sondę.

Wolny kwas solny 4, ogólna kwasota 10.

7. Chory P. Ł. lat 43, *Periduodenitis, hyperaciditas.*

Przed neutracydem 1 sonda: wolny kwas solny 48, ogólna kwasota 64.

2 sonda wolny kwas solny 42, ogólna kwasota 68.

W 4 dni po codziennem podaniu neutracydu:

1 sonda wolny kwas solny 29, ogólna kwasota 32.

2 sonda wolny kwas solny 16, ogólna kwasota 22.

Podano neutracyd wykonano sondę:

3 sonda wolny kwas solny 8, ogólna kwasota 10.

8. Chory W. J. *Ulcus duodeni, hyperaciditas.*

Przed neutracydem 1 sonda wolny kwas solny 50, ogólna kwasota 64.

2 sonda wolny kwas solny 54, ogólna kwasota 70.

Podano w ciągu 5-ciu dni neutracyd, poczem wykonano sondę:

1 sonda (naczczo) wolny kwas 16, ogólna kwasota 28.

2 sonda (po śniadaniu próbnem) wolny kwas solny 20, ogólna kwasota 32.

Bezpośrednio po podaniu neutracydu wykonano 3 sondę:

3 sonda, wolny kwas solny 8, ogólna kwasota 24.

Z braku miejsca poprzestaniemy na wymienieniu tych 8 przypadków, lecz materjał nasz przekracza 30 badanych chorych. Jak widzimy na powyższych przykładach, wszędzie bez wyjątku stwierdziliśmy wybitne zmniejszenie się kwasoty pod wpływem neutracydu. W trzech ostatnich przypadkach wykonaliśmy 3. sondę w 90 minut po rozpoczęciu doświadczenia, a w 45 minut po podaniu neutracydu. Gwałtowny spadek kwasoty w tej nowej kombinacji nasunął nam myśl sondy frakcjonowanej.

Pozwalamy sobie zacytować jeden z licznych wyników:

Chory A. S. *Ulcus duodeni, hyperaciditas, neurosis.*

Włożono zgłębnik dwunastnicowy do żołądka, strzykawką 20 cm³, wydobyto 10 cm³ treści białej, mętnej bez zaległości, poczem wlano 200 cm³ rozczynu mieszanki alkoholowo-salicylowej i po raz pierwszy dobyto po pół godzinie 10 cm³ treści, poczem dobywano co 15 minut wymienioną ilość.

Zanotowaliśmy wynik przed podaniem neutracydu oraz po 4-dniowem podawaniu. W rezultacie otrzymaliśmy wynik następujący:

Przed podaniem neutracydu:

	Naczczo	Po 30':	Po 45':
wolny HCl	50,	60,	62 poczem spada
og. kwasota	68,	72,	70 „ „

Po podaniu:

	Naczczo	Po 30':	Po 45':
Wolny HCl	10	25	20 poczem spada
ogólna kwasota	12	29	30 „ „

Wykonaliśmy takich 22 badań. Wszystkie one wykazują niezbicie spadek kwasoty. Pozatem stan chorych szybko poprawia się pod każdym względem.

Streszczenie:

Na podstawie powyższego nie ulega wątpliwości, że *„Neutracid“* wypełnił wielką lukę w naszem lecznictwie, jako środek dla leczenia żołądka. Usuwa zgagę, nadkwasotę, pieczenie i gniecenie w dołku podsercowym, poprawia apetyt, walczy skutecznie ze wzdęciem i bólami w okolicy żołądka przy nadkwasocie i nietylko dorównuje pod tym względem podobnym preparatom zagranicznym, ale je bezwzględnie przewyższa.

Dr. Mieczysław SZAJNA, sekund. Szpitala. Kołomyja.

Leczenie duru brzusznego i plamistego Ficker'owską zawiesiną pałeczek durowych i odmieńca X 19 *).

Ze Szpitala Powszechnego w Kołomyi.
Dyrektor: Dr. Stanisław Kaliniewicz.

Zupełna lub prawie zupełna nieskuteczność chemo-, auto- i heteroseroterapji w leczeniu duru brzusznego i plamistego sklo-

---

*) Zawiesina odmieńca X 19 sporządzana jest przez P. Z. H. metodą innego autora. Ponieważ służy dla celów diagnostycznych, podobnie jak zawiesiny Ficker'a, przeto obejmuję je razem nazwą: zawiesina Ficker'a.

niły mnie do spróbowania leczenia tych chorób szczepionką. Jako takiej używałem zawiesiny zabitych pałeczek durowych oraz zawiesiny odmieńca X, sporządzanych przez P. Z. H. w Warszawie dla celów diagnostycznych. Skład tych zawiesin został mi uprzejmie podany przez Oddział surowic i szczepionek P. Z. H.

Ponieważ oba dury, a zwłaszcza brzuszny wykazują dość znaczne różnice w swym przebiegu, zależne od zakażenia, indywidualnych własności chorego, klimatu, przeto uważam za rzecz niezbędną na wstępie pracy ustalić, jakie zalety powinien wykazać stosowany lek, by jego działanie nie podlegało żadnej wątpliwości, a ocena tegoż nie była dyktowana autosugestją. Otóż według tego najidealniejszym środkiem leczniczym przeciw danemu schorzeniu jest ten, który podany raz, lub kilka razy usuwa dane cierpienie bezpowrotnie, bez szkody dla chorego. Wyznając takie *„credo“* terapeutyczne, przystąpiłem do swych prób.

Dotychczas obserwowałem wyniki tych prób u 22 chorych na dur brzuszny (15 mężczyzn i 7 kobiet) oraz u 9 chorych na dur plamisty (5 mężczyzn i 4 kobiet). Ponieważ tak chorzy na dur brzuszny, jak i na plamisty reagowali na wstrzyknięcie zawiesiny jednakowo — jedni na wstrzyknięcie zawiesiny zabitych pałeczek durowych, drudzy odmieńca X, przeto poniżej podaję obraz tej reakcji wspólnie dla obu rodzajów chorych.

I tak chorzy na dur brzuszny poddawani leczeniu szczepionką zgłaszali się do Szpitala w 7—15 dniu swej choroby ze wszystkiemi typowemi objawami klinicznemi; chorzy na dur plamisty w 2—5 dniu choroby. U wszystkich chorych leczonych w ten sposób wykonano dla kontroli badania bakterjologiczne i serologiczne. Nawiasem wspomnę, że zawiesiny te stosowałem tylko u chorych z zupełnie dobrym stanem narządu krążenia.

Zawiesinę podawałem zawsze w ilości 0,05—0,2 cm^3 pod postacią zastrzyku dożylnego; zawiesina wstrzyknięta pod skórę lub domięśniowo nie wywiera żadnego widocznego wpływu. Kwadrans do dwu godzin po wstrzyknięciu temperatura chorego podnosiła się zawsze wśród dreszczy o 0,5—1,5° ponad poziom przed wstrzyknięciem; niekiedy występowały wymioty i biegunka. Tętno u chorych na dur brzuszny trzymało się stale w ramach względnej bradykardji; u chorych na dur plamisty nie zauważyłem również przyśpieszenia tętna; cytologiczny obraz krwi u pierwszych chorych, badany w szczytowym okresie gorączki wykazywał wyraźną leukopenję (1.500—3.000 c. białych w 1 mm^3) z limfocytozą — wyraźniejszą, niż przed wstrzyknięciem zawiesiny zabitych pałeczek durowych; u chorych na dur plamisty nie zauważyłem zmian w obrazie krwi. Osutka u tych ostatnich chorych ustępowała dopiero po spadku gorączki.

Opisane powyżej objawy trwały 5—8 godzin, poczem ustępowały miejsca gwałtownemu spadkowi temperatury, dochodzącemu poniżej 35°. Samopoczucie chorego ulegało wtedy wyraźnej poprawie; wracał apetyt i ogólna świeżość. U pięciu chorych na dur brzuszny, a u trzech na plamisty temperatura zaczęła się podnosić ponownie po 3—5-dniowem trwaniu normalnej ciepłoty. Ponowne dożylne wstrzyknięcie 0.05—0,1 cm^3 odpowiedniej zawiesiny wywołało u tych chorych podobne objawy, jak po pierwszym zastrzyku, tylko w stopniu znacznie słabszym. Wreszcie w jednym przypadku temperatura podniosła się po raz trzeci; powtórzyłem wtedy ten zabieg po raz trzeci, uzyskując już trwałe wyleczenie. U pozostałych chorych wystarczyło jednorazowe podanie zawiesiny do przerwania procesu chorobowego. W żadnym przypadku nie obserwowałem jakichkolwiek szkodliwych następstw dla chorego.

Reakcja, jaka występowała po wstrzyknięciu odpowiedniej zawiesiny chorym na dur brzuszny, względnie plamisty nosi cechy swoistości. Wstrzyknięta bowiem innym chorym, u których przez czas dłuższy podejrzewano dur brzuszny, wywoływała tylko krótkotrwałe podniesienie się temperatury z następowym spadkiem jej do normy, poczem dany proces chorobowy (grypa, zapalenie mózgu) rozwijał się w dalszym ciągu z gorączką, utratą przytomności i innemi objawami klinicznemi, właściwemi dla odpowiedniej jednostki chorobowej.

To korzystne działanie wstrzykniętych dożylnie Ficker'owskich zawiesin pałeczek durowych i odmieńca X na przebieg duru brzusznego i plamistego zdaje się mieć dwie podstawy. I tak zawiesiny te działają jak swoiste szczepionki t. zn. w gwałtowny sposób pobudzają ustrój do wytworzenia przeciwciał, niezbędnych do pokonania zakażenia. Z drugiej jednak strony nie można zapominać o tem, że używane zawiesiny są przecie nieżywą hodowlą drobnoustrojową, zawierającą prawdopodobnie *„antivirus“ Besredkowski.* Ten antywirus blokując komórki całego organizmu, nie dopuszczałby do dalszego zakażania ich, podobnie, jak w działaniu miejscowem.

Opisane powyżej leczenie duru brzusznego i plamistego oparte jest na stosunkowo małej ilości przypadków chorobowych, jednakże bardzo korzystne wyniki tego sposobu leczenia powinny zachęcić do podobnych prób i na innych oddziałach zakaźnych.

Dopiero bowiem od wyniku tych prób zależy ostateczna ocena użyteczności i wartości leczenia duru brzusznego i plamistego odpowiedniemi zawiesinami Ficker'owskiemi.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Kwartalnik kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie. Nr. 1—2. 1932. B. Turkus-Sterlingowa: Czy wyłuszczenie gałki ocznej, dotkniętej gruźlicą, może być przyczyną ogólnej gruźlicy prosówkowej. — Nr. 3—4. 1932. J. Fliederbaum: Badania nad wpływem kwasów i zasad na bilans wodny ustroju i na obrzęki.

Pedjatrja Polska. Nr. 3. 1933. J. Zienkiewicz: Badania nad zawartością cholesteryny w surowicy krwi dzieci zdrowych i w różnych stanach chorobowych. — H. Gadomska: O syntropji stanów chorobowych. — S. Mandelsowa: O błonicy utajonej nosa u noworodków. — M. Bussel i J. Sulkes: Dwa przypadki rodzinnej nerczycy lipoidowej.

Kronika Dentystyczna. Nr. 3. 1933. H. Wilga: Akademja Stomatologiczna w Warszawie.

Życie dziecka. Nr. 7. 1933. P. Pawelska: Nieszczęśliwe wypadki przy pracy a młodociani. — Z. Rozenblum i B. Markowiczówna: Z poradni Pedologicznej I-go Ośrodka Zdrowia. — M. Friedländer: Uspołecznianie się dziecka w wieku przedszkolnym. — J. Babicki: O wychowaniu.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 8. 1933. K. Szostakiewicz: Następstwa tracheotomji. — A. Kruszka: Przyczynek do rozpoznania i zwalczania zarazy moru czerwiu pszczelego. — B. Strzelecki: Czy lekarzowi weterynaryjnemu potrzebne są w praktyce wiadomości z dziedziny chorób zaraźliwych ryb?

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 9. 1933. W. Czarnocki: Wytyczne do umów z lekarzami. — S. Sasorski: Pierwiastek opieki w ubezpieczeniu społ. w Polsce. — J. Baumgarten: System repartycyjnego pokrycia składek w ubezpieczeniu społecznem. — J. Zawadzki: Ściąganie składek i ewidencja ubezpieczonych w ustawie o ubezpieczeniu społecznem. — J. Bujalski: Personel pomocniczo-lekarski w instytucjach ubezpieczenia na wypadek choroby w 1931 r.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 36. 1933. P. Oficjalski: Wpływ wycinania pędów i kwiatostanów na wysokości plonu i skład kłączy i korzeni kozłka lekarskiego.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr. 157. 1933. S. Runge i B. Witkowski: Z kazuistyki anatomo-patologicznej. — P. Andrijewski: Warunki niezbędne przy szczepieniu bydła metodą Calmette-Guerin'a (B. C. G.). — M. Marczewski: Wojskowa służba weterynaryjna w Jugosławji.

OCENY.

O powstaniu i rozwoju życia. (O vzniku a vyvoji života). (Ueber Entstehung und Entwickelung des Lebens). Prof. Dr. Fr. SAMBERGER. Praha 1933, str. 43. Lepzig, 1933. str. 55.

Znakomity dermatolog czeski prof. Samberger, którego prace dermatologiczne cechuje głębokie wmyślenie się w przedmiot, rozwija przed nami swe poglądy, wyniki długoletnich rozmyślań, na istotę i powstanie życia.

Życie na ziemi jest związane z istnieniem żyjącej substancji. „Życie“ siła nieznana tworzy z materji „substancję żyjącą“. Co do tego w jaki sposób powstały niezliczone postacie tworów żyjących, istnieją dwie teorje: 1) Teorja stała, twierdząca, że: *species tot sunt, quot diversas formas ab initio produxit infinitum Ens“* (Linné). i 2) teorja ewolucyjna, dowodząca, że życie na naszej ziemi rozwijało się od tworów najniższych, postępowo aż do człowieka. Teorja ewolucyjna jest dziś ogólnie przyjętą przez świat uczonych. Autor będąc w zasadzie zwolennikiem ewolucji, przeciwstawia poglądom panującym swe zapatrywania. *„Zasadą naczelną dotychczasowego wyjaśnienia teorji ewolucyjnej jest, że rozwój odbywał się w ten sposób, iż wyższe gatunki powstawały*

z niższych. Zasadą naczelną mego wyjaśnienia rozwoju, jest natomiast: że twory o wyższej organizacji, rozwijały się z form niższych swej własnej, rodowej pierwoszczy". „Podstawowem założeniem mojej teorji ewolucji jest, że w okresie tworzenia się życia na naszej ziemi, materja żyjąca powstała wprawdzie trwale w swej postaci pierwotnej *(Urform)*, najprostszej, jako komórka, że jednakowoż, im dalej tem bardziej doskonałą (jakościowo-kwalitatywnie) się stawała; im dalej, tembardziej zdolną do wyższego rozwoju".

Życie, ściślej mówiąc, witalna komponenta żywej materji, nadaje jej następujące własności: 1. zdolność odżywiania się, 2. zdolność rozmnażania się, 3. zdolność celowego oddziaływania na bodźce zewnętrzne. Do tych trzech dodaje autor dalsze trzy właściwości, a to: 4. świadomość swego istnienia, 5. dążenie do optymalnej egzystencji, 6. urzeczywistnienie tegoż dążenia przez zdolność odczuwania, osądzania, i działania. Żywa materja posiada zdolność pamiętania rzeczy przeszłych i działania na podstawie zdobytego doświadczenia. Ludzka żywa materja posiada wymienione właściwości w najwyższym stopniu.

W rozmaitych epokach naszej ziemi powstawały twory, które zaczynając się od jednokomórkowej istoty dochodziły do coraz wyższych form rozwojowych, na których stawały. Twory następnej epoki, zawsze jednak zaczynając od istoty jednokomórkowej, dochodziły do stopnia rozwoju epoki ostatnio poprzedzającej i wznosiły się znów o szczebel wyżej. W ten sposób tworzyła się hierarchja, na której szczycie stanął człowiek. W myśl wywodów autora nie jest on wyższym stopniem rozwoju gatunku poprzedzającego (małpy) ale jest dzieckiem epoki następującej po tej, która się wzniosła do wytworzenia gatunku małpy (ostatnia poprzedzająca człowieka). I on musiał zaczynać od początku, od jednej komórki, musiał w swym rozwoju przejść wszystkie szczeble poprzednich epok; w tem jednak tkwi różnica, że nie zatrzymywał się na stopniu ostatecznym poprzedniej epoki (na stopniu małpy), lecz znów czynił krok naprzód w szeregu ewolucyjnym i doszedł do *genus humanum*. Różnice swą od poglądów panującej teorji ewolucyjnej określa autor tak: *„przegląd faz rozwojowych człowieka nie jest zbiorem dowodów na filogenezę człowieka, jak uczy dotychczasowa teorja ewolucyjna, ale przedstawia kinematograficznie skróconą antropogenezę*".

W dalszych wywodach posługuje się autor stale dwoma terminami; mówi o „premierze" rozwojowej, co my będziemy tłumaczyć jako „pierwsze życie", i o „reprisach rozwojowych", co tłumaczyć będziemy, jako „wcielenia wtórne". Życie pierwsze człowieka rozpoczęło się pod działaniem wpływów kosmicznych prawdopodobnie w wielu miejscach naszej ziemi. Materja żyjąca człowieka przy każdem następnem wcieleniu korzysta z zebranych poprzednio doświadczeń i w ten sposób staje się coraz doskonalszą. W rozwoju płodowym przechodzi dziś człowiek wszystkie te stadja w skrócie, jakie w ubiegłych epokach przechodził. Tylko, że podówczas na poszczególnych stadjach zatrzymywał się długi, nieznany nam zresztą czas, dziś odbywa je pospiesznie, zatrzymując się na stadjum najdoskonalszem.

Autor przyjmuje, że wszystkie animalne twory żyjące rozpoczynały swe życie w ciepłem morzu. W miarę ochładzania się morza ciepłokrwiste przenosiły się na wynurzający się ląd. Pozostały w niem te, które zdołały dostosować temperaturę swej krwi do chłodnej wody, więc zimnokrwiste. Człowiek, który rozpoczynał swe życie również w wodzie zanim przeniósł się w zupełności na ląd przebyć musiał stadjum pośrednie, jako twór wodno-lądowy, czyli amfibja. Wiele danych *(stigmata* atawizmu) wskazuje na to, w szczególności zaburzenia rozwojowe skóry *(ichtyosis*, niektóre *naevi)*. Małpy natomiast, podobnie jak ptaki przeniosły się rychło nad wodę, na wierzchołki drzew, gdzie i dotąd pozostają. Zmiana warunków otoczenia powodowała konieczność przeobrażeń i rozwoju. Cechą istotną żywej materji jest wedle autora dążność do doskonalenia się. Wypływa zaś ona nie z konieczności dostosowania się do warunków zewnętrznych i walki o byt (Darwin), lecz z dążenia do najlepszych warunków życia *(optimale Existenz)*. Autor przyznaje się do swego pokrewieństwa z witalistami, z Bergsonem, i Shawem. Porusza też pytanie, czy możliwem jest powstawanie dalszych gatunków, doskonalszych od człowieka. Odpowiada na nie przecząco, a to dlatego ponieważ warunki geofizyczne (ochłodzenie się mórz) położyło kres powstawaniu nowej, pierwotnej, doskonalszej pramaterji. Możliwem jest tylko dalsze doskonalenie się człowieka.

W krótkim ustępie mówi autor o znamionach skórnych i innych podobieństwach zwierzęcych *(Theromorphiae)* u człowieka. Tłumaczy je z punktu widzenia antropogenetycznego, nie zaś filogenetycznie. Są to atawizmy, są to ślady czy resztki tych stanów, w jakich *genus* człowiek w poprzednich epokach się znajdował. To, że znaleziono u człowieka gruczoły na grzbiecie podobne, jak u hipopotama, nie jest dowodem, że wśród przodków człowiek miał hipopotama, lecz że w pewnej epoce żył w warunkach podobnych do tego zwierzęcia.

Ostatni ustęp nosi tytuł: stanowisko człowieka w naturze. Autor twierdzi, że obecny człowiek jest ostatnim, najdoskonalszym wyrazem *species homo* (nie *genus)*. Jest to *species* różna zupełnie od małp. Powstał od samego początku swego, od prapierwoszczy, jako odrębna klasa, jako człowiek pierwotny; ten doskonaląc się w szeregu pokoleń doszedł do obecnej swej doskonałości. Cechą istotną *species humana* i jej tylko właściwą jest zdolność wytwarzania kultury. W słowie tem mieści autor uczucie wstydu, religję, sztukę, wiedzę. Człowiek tedy wedle autora jest ostatnim reprezentantem najwyższej grupy ewolucyjnej, grupy tworów kulturalnych. W zakończeniu podnosi S. że jego teorja ewolucyjna zgadza się z aksjomatem Linneusza: *species tot sunt, quot diversas formas initio produxit infinitum Ens*. Nie stoi też w sprzeczności z duchem genezy mojżeszowej.

Zdałem objektywnie sprawę z poglądów i wywodów Sambergera, nie wdając się w ich ocenę ani w krytykę, gdyż wchodzą one już w zakres metafizyki i filozofji.

Leszczyński (Lwów).

Les constipations. Médecine et chirurgie pratiques. M. CHIRAY et R. STIEFFEL. Masson et Cie. Paris 1933. Str. 157. Cena 20 fr. fr.

W krótkim wstępie rozpatrywują autorzy różnicę między popularnem znaczeniem a lekarskiem pojęciem zaparcia stolca i dochodzą do wniosku, że nie można obecnie dać ogólnego opisu konstypacji, ponieważ wedle teraźniejszych zapatrywań istnieje kilka odmian zaparcia.

W rozdziale pierwszym znajdujemy rekapitulację anatomji i fizjologji kiszki grubej. W II. r. podają autorzy klasyfikację zaparcia stolca dawniejszą symptomatyczną (na konstypację atoniczną i spastyczną) oraz nowoczesną radjologiczną (na zaparcie prawostronne i lewostronne), poczem wykładają swój własny pogląd. Uważając zasadniczo obstypację za objaw, a nie za jednostkę chorobową dzielą wszystkie odmiany zaparcia na dwie grupy: czynnościowe *(la constipation fonctionnelle)* i organiczne *(la c. lésionnelle)*. W następnym rozdziale omawiają rozpoznanie różniczkowe funkcjonalnego zaparcia stolca, przyczem wyróżniają trzy typy kliniczne: zaparcie jawne *(les constipations patentes)*, utajone *(les c. latentes)* oraz kryte czyli maskowane *(les c. masquées)*. Rozdział IV. traktuje o klinice, etjologji i leczeniu obstrukcji na tle organicznem, a r. V. o leczeniu zaparcia czynnościowego.

Odnośną literaturę podano w przypiskach.

Całość poprzedzona jest szkicem historycznym pióra J. Vinchona, szefa paryskiej kliniki psychjatrycznej.

Dzieło omówione jest nietylko wyczerpującą, ale też wysoce oryginalną monografją. Zawierając dużo nowych myśli i poglądów oryginalnych oraz uwzględniając najnowsze badania i piśmiennictwo, książeczka ta staje się wprost niezbędną dla każdego specjalisty, interesującego się danym tematem.

A. Finkel (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Zaburzenie rytmu serca u młodego osobnika z gruźlica spowodu schorzenia mięśnia sercowego. G. v. der WETH (Berlin). Ztschr. f. klin. Med. B. 122, str. 118—133.

W przebiegu świeżej jamistej gruźlicy płuc przyszło do wysiewu hematogen. do mięśnia sercowego, szczególnie w zakresie przedsionków, co spowodowało liczne skurcze dodatkowe przedsionkowe. Po leczeniu gruźlicy i poprawie stanu ogólnego, zaburzenia rytmu ustąpiły. *H. Długosz* (Lwów).

Znaczenie reakcji Buchsztaba - Jasinowskiego dla nauki o reumatyźmie serca. G. L. BRANDENBURGSKI. Wracz. Dieło. Nr. 5. 1933 r.

Próba polega na wykorzystaniu znacznej alergji reumatyków na oziębienie. Autorzy badali tę reakcję na oziębienie określając zmiany t. zw. kryzy hemoklastycznej Widal'a, t. j. ilość leukocytów, eozynofilję i parcie krwi. Po oziębieniu eterem w ciągu 5 minut okolicy stawu łokciowego ustępują zmiany we krwi u chorych z ostrym reumatyzmem stawowym. Zmiany te polegają na zmniejszeniu się ilości leukocytów, zwiększonej eozynofilji i zmniejszeniu się parcia krwi.

Próba ta może być pomocna dla wczesnego rozpoznania różniczkowego schorzeń serca reumatycznych od niereumatycznych. Za dodatnim wynikiem próby z oziębieniem przemawia tylko zmniejszenie się ilości leukocytów, gdyż zmiany ilości kwasochłonnych i parcia krwi nie mają charakteru stałego. Ilość ciałek czerwonych pod wpływem oziębienia nie ulega zmianie. Pod wpływem preparatów salicylowych alergja na oziębienie znacznie się zmniejsza, a tem samem znikają warunki konieczne dla wystąpienia nawrotów reumatycznych. Dlatego radzą autorzy zapobiegawczo stałe zażywanie preparatów salicylowych na wiosnę i w jesieni, kiedy najczęściej występują nawroty reumatyzmu.

Segal (Lwów).

Izostenurja przy niedomodze sercowej. F. HINTEREGGER. Med. Klin. Nr. 13, 1933.

U chorych z niedomogą krążenia występuje izostenurja nie w następstwie uszkodzenia nerek, lecz w następstwie wstrzymania wydalania płynu obrzękowego i soli. Dowodzi tego fakt, że po ustąpieniu niedomogi krążenia izostenurja się cofa. Niekiedy jednak w następstwie zastoju może przyjść do uszkodzenia samego miąższu nerki, a z tem i do izostenurji.

Godlowski (Kraków).

Stanowisko nodosis rheumatica w przebiegu schorzeń reumatycznych. A. MEYER. (Bazyleja). Ztschr. f. Klin. Med. B. 123. str. 142—153.

Opis jednego przypadku. Zestawienie dotychczasowych zapatrywań na schorzenia alergiczne. Schorzenia reumatyczne ujmuje autor jako zakażenie osobnika uczulonego. Zakażenie może być paciorkowcowe lub innemi bakterjami, np. gronkowcem. Świadczą o tem przypadki gośćcowego zapalenia stawów z wyhodowanemi gronkowcami, nieprzypadkowego pochodzenia. *Nodosis rheumatica* zalicza autor do zapaleń hipergicznych.

H. Dlugosz (Lwów).

Dna i białaczka. HANS BRUNNER. (Wiedeń). Ztsch. f. Klin. Med. B. 121, str. 700—709.

Autor opisuje przypadek 65-letniego cierpiącego od 5 lat na przewlekłą białaczkę szpikową (subleukemiczną), u którego wystąpiły typowe napady dnawe i typowe dla dny zmiany kliniczne. Ponieważ w sercu, naczyniach ani nerkach, klinicznie i anatomicznie, nie stwierdzono zmian, któreby pozwalały na przyjęcie nerki dnawej, musi się przyjąć dla wytłumaczenia dny istnienie dny pierwotnej, na tle zaburzeń w przemianie materji. Jednak samo zwiększenie ilości kwasu moczowego we krwi, spowodowane rozpadem jąder ciałek białych (białaczka szpikowa), z drugiej strony niedostatecznem wydalaniem kwasu moczowego drogą nerek, nie powoduje dny. Trzeba jeszcze czynnika bliżej nieznanego: usposobienia tkanki do wykrystalizowania moczanu sodowego.

H. Dlugosz (Lwów).

Trzustka i drogi żółciowe w patogenezie niedokrewności Biermera. J. NEUBURGER. (Berlin). Ztschr. f. klin. Med. Bd. 121. str. 687—699.

Opis 4 przypadków niedokrewności Biermera, w których równocześnie występowało schorzenie dróg żółciowych i trzustki i 1 przyp. niedokr. Biermera z równoczesną cukrzycą. Na podstawie własnych przypadków i z piśmiennictwa uderza częste występowanie: niedokrewności Biermera ze schorzeniem trzustki, schorzeń trzustki ze zmianami we krwi (często o typie Biermera), schorzeń trzustki i niedokrewności B. mimo częstego występowania wspólnie, nie stoją ze sobą w żadnej zależności, szczególnie patogenetycznej, lecz są prawdopodobnie spowodowane jednym czynnikiem chorobowym, mianowicie: schorzeniem w drogach wątrobowo-żółciowych.

H. Dlugosz (Lwów).

Parenteralne leczenie niedokrwistości złośliwej. Š. VARADI. Čas. Lék. Česk. 1932. Z. 51.

W leczeniu niedokrwistości złośliwej oznacza przetwór Gänsslena *„Campolon"* znaczny postęp. Gänsslen sam pisze o 40 przypadkach niedokrwistości złośliwej, leczonych jego wyciągiem z wynikiem doskonałym. Od tego czasu szereg innych autorów kontrolował wyniki Gänsslena, używając różne przetwory *(Campolan, Hepatopsan* w zastrzykach *Heparat* i in.). Autor używał na Klinice prof. Hynka w Pradze *„Hepracton"* Urecka *pro injectione* w 15 przypadkach niedokrwistości złośliwej, bądź w połączeniu z leczeniem doustnem (surowa wątroba, *hepracton* w proszku, *heparemin* w płynie), bądź bez. We wszystkich przypadkach chorzy otrzymywali pepsynę i kwas solny. Dawka *„Hepracton'u"* wynosiła 4 cm³ dziennie. Wyniki okazały się bardzo dobre. Podmiotowo chorzy odczuwali ulgę już po 2—3 dniach, szybko wracało łaknienie. Przedmiotowo w obrazie krwi stwierdzano już na trzeci dzień wzrost retikulocytów; również hemoglobina i ciałka czerwone wykazywały po 3—4 dniach wartości wyższe.

Autorzy uważają leczenie parenteralne za szybciej działające od leczenia doustnego. Jest ono również bardziej ekonomiczne: jest tańsze.

Ungar (Lwów).

Niedokrwistość złośliwa a marskość wątroby. L. REMEN. Med. Klin. Nr. 15, 1933.

Autor spostrzegał przypadek niedokrwistości złośliwej połączonej z zanikową postacią marskości wątroby. Ponieważ we wszystkich marskościach wątroby stwierdzamy zmiany we krwi, tak w zakresie układu erytroblastycznego, jak i leukoblastycznego, przeto możnaby przyjąć, że te dwa schorzenia mają w patogenezie pewne wspólne momenty, a mianowicie w konkretnym przypadku ewentualnie ta sama przyczyna spowodowała rozwinięcie się niedokrwistości złośliwej i marskości wątroby. Niektórzy autorzy posuwają się w przypuszczeniach tak dalece, iż twierdzą, że te dwie jednostki chor. patogenetycznie są prawie te same.

Godłowski (Kraków).

Przypadek klinicznie rozpoznany Morbus Gaucher. Roman MOGILNICKI. Liječnički Vjesnik, 1933, Nr. 4. Zagreb.

U 11-letniej żydówki rozpoznano klinicznie *M. Gaucher,* a punkcja śledziony utwierdziła rozpoznanie. Znaleziono postacie olbrzymie trombocytów z jądrami. Ten obraz pozwala uważać trombocyty jako swoiste, prawdziwe komórki, powstające prawdopodobnie przez pączkowanie z kom. olbrzymich szpikowych. Autor przyłącza się do poglądu Strańskyego, że niema zasadniczych różnic między splenomegaljami typu Niemann-Pick a Gaucher, że są to przejawy tej samej choroby, a różnice powstają jedynie przez odmienne podłoże konstytucyjne.

Leszczyński (Lwów).

Dziedziczna dystazja z brakiem odruchów. G. ROUSSY i G. LEVY. Pres. Méd. Nr. 93. 1932.

Autorowie opisują postać chorobową, posiadającą niektóre znamiona choroby i Friedreicha oraz Charcot-Marie, a charakteryzującą się zaburzeniami przy staniu i chodzeniu, przy braku lub znacznem zmniejszeniu się odruchów ścięgnistych, przy znacznem ścieńczeniu dolnej części kończyn dolnych, przy osłabieniu siły mięśniowej rąk ze spłaszczeniem wyniosłości *thenar* i *hypothenar.* Zaburzenia przy staniu polegają na chwianiu się, wskutek czego chorzy dla utrzymania równowagi rozstawiają szeroko kończyny, ponadto podobnie jak u chorych z wiądem rdzenia występuje czasem „załamywanie się" kolan z równoczesnem upadaniem. Przy chodzeniu pojawiają się bóle i skurcze. Ta postać ma niektóre objawy wspólne z chorobą Friedreicha, jak kończyny koślawe, brak odruchów ścięgnistych i szczególnie u dzieci przeważa niezborność ruchów, z drugiej znów strony inne objawy są takie same jak przy *amyotrophia Charcot-Marie* t. j. ścieńczenie dolnej części podudzia, osłabienie rąk z zanikami mięśni kłębu dłoni i zaburzenia pobudliwości elektrycznej mięśni.

Skowroński (Lwów).

Swoiste rozpoznawanie i leczenie gorączki siennej. W. GAEHTGENS. Med. Klin. Nr. 13, 1933.

Gorączka sienna jest schorzeniem alergicznem ustrojów wrażliwych na białko roślinne, unoszące się w powietrzu w czasie kwitnięcia traw i zbóż. Dla celów rozpoznawczych posługujemy się alergenami roślinnemi, stosując je albo dospojówkowo, doustnie, przez skaryfikowaną skórę, podskórnie, śródskórnie a nawet i dożylnie. Jako wynik dodatni uważamy odczyn miejscowy, powstały w rozmaitym czasie zależnie od drogi wprowadzenia np. przy skaryfikacji w czasie od 5 do 30 min. w postaci zaczerwienienia, bolesności i wytworzenia bombla; przy wprowadzeniu śródskórnem od 5 do 15 min. w tej samej formie. Przy leczeniu odczulającem alergenami jako dawki pierwszej używamy 1/2 — 1/3 najniższej dawki, która jest jeszcze w stanie wywołać reakcję miejscową przy injekcji śródskórnej. Następne zastrzyki powtarza się co 3 do 7 dni, używając odpowiednich rozcieńczeń alergenów solą fizjologiczną. W dalszych okresach leczenia, drobne zaczerwienienia nie mają większego znaczenia, natomiast odczynu ogólnego należy unikać, a o ile wystąpi, łatwo go usuniemy przez podawanie adrenaliny, poczem na krótki czas przerywamy leczenia. Leczenie alergenami rozpoczyna się na 2 do 3 miesięcy przed porą kwitnięcia traw, by w okresie trwania gorączki siennej być przy średniej dawce. Ostatnią dawkę należy powtarzać kilka razy co tydzień, później co 14 dni, a wreszcie co 4 tyg. przez 1 do 2 lat.

Godłowski (Kraków).

Gorączka zdrojowiskowa. ARMENGAUD. Mond. Méd. Nr. 822, z 15. 1. 1933.

Autor zastanawia się nad przyczyną reakcji gorączkowej, która występuje w zdrojowiskach w pierwszych kilka dniach do 38°. Odrzuca działanie na układ roślinny i tarczycę, a przyjmuje zaburzenie w białku we krwi pod wpływem diastazy lub katalazy termalnej; to zaburzenie względnie uszkodzenie białka krwi wywołuje reakcję gorączkową organizmu, zupełnie analogicznie jak wprowadzenie obcego ciałka. Autor zaleca wykorzystanie tej reakcji w przestarzałych chorobach, przy których używamy w klinice leczenia gorączkowego. *E. Frisch* (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

O t. zw. psychozach tabicznych. Radosłav Z. LOPASIĆ. Liječnićki Vjesnik, 1933, Nr. 3. Zagreb.

U kobiety 55 letniej, dotkniętej wiądem rdzenia i oślepłej od 10 lat, wykonano trepanację czaszki i usunięto część kości czołowo-skroniowej w nadziei poprawienia wzroku. Wynik naturalnie był żaden. Natomiast wystąpiły po operacji objawy psychozy ostrej o typie halucynacyjno-paranoidalnym. Ponieważ nie nastąpiło pogarszanie się inteligencji, nie było demencji, wykluczono *paralysis progressiva,* natomiast przyjęto rozpoznanie t. zw. psychozy tabicznej (Plaut, Bostroem, Jakob) t. j. koincydującej psychozy luetycznej. Jako czynniki współwinne przyjmuje autor uraz (trepanacja) i arteriosklerozę. Psychozy tabiczne uważa autor nie jako przynależne do obrazu *tabes,* ale za syndrom *Lues cerebri exacerbans* wywołany przez szczególne czynniki.

Leszczyński (Lwów).

Przyczynek do nauki o kile serca i płuc. H. ŠIKL. Sbornik Lékařský. (Archives Bohêmes de Médecine). Zeszyt 3—4. 1933.

Kiłowe zmiany mięśnia sercowego, jeżeli uwzględnimy tylko wyniki histologiczno-patologiczne, nie należą wcale do rzadkości. Pod tym względem istnieje spór pomiędzy stanowiskiem patologo-anatomicznem a klinicznem; wielu klinicystów np. ostatnio Simpson, uważają *myocarditis luetica* za chorobę bardzo częstą. Zaliczają oni tutaj wszystkie przypadki czynnościowych uszkodzeń mięśnia sercowego, w których istnieją inne objawy zakażenia kiłowego lub wywiady, przemawiające za przebytą kiłą. Ze stanowiska anatomo-patologicznego wyklucza się przedewszystkiem schorzenia mięśnia sercowego, spowodowane miażdżycą naczyń wieńcowych serca (blizny, zawały i tętniaki serca). Rzeczywiste swoiste zmiany mięśnia sercowego od czasu Virchowa dzielimy na guzki kilakowe i rozlane swoiste zapalenia mięśnia sercowego. Herxheimer uznaje za pewne kiłowe, z opisanych dotychczas przypadków, ledwie 11 (Kraček, Geipel, Thorel, Busse, Hochheim, Berblinger, Takata, Cesa Bianchi, Hines, Jansen, Hajosy, Vogelsang). Dodatni wynik badania krętków przy pomocy metody Levaditi'ego wykazywały tylko 2 z tych przypadków. (Cesa Bianchi, Hines). Rozpoznanie patologiczne utrudniają niejednokrotnie zmiany, niewykazujące cech swoistych, w postaci ognisk włóknistych lub spraw degeneratywnych. W uderzającej sprzeczności z ujemnemi wynikami badania krętków — pozostają wyniki, opisane przez Warthina. Amerykański ten autor w szeregu pracach opisuje w mięśniu sercowym chorych na kiłę rozmaite zmiany miąższowe i śródmiąższowe, w których udało mu się przy pomocy metody Levaditi'ego wykazać krętki. Zwłaszcza w przypadkach nagłej śmierci u luetyków znajduje okołonaczyniowe nacieki, składające się przeważnie z ciałek białych wielojądrzastych, które uważa za objaw nasilenia zakażenia kiłowego; podobne nacieki znalazł również we wczesnym okresie kiły złośliwej. W tych prawidłowo wykazać można krętki w wielkiej ilości. Wyniki Warthina, ogłoszone jeszcze przed 20 laty, nie znalazły dotychczas potwierdzenia za wyjątkiem kilku odosobnionych przypadków, opisanych przez autorów amerykańskich (Boyd, Henry, Paulin). Ogólnie stwierdza autor, że kiłowe zmiany mięśnia sercowego przy kile nabytej są bardzo rzadkie. Przemawiają zatem dane statystyczne. Inaczej sprawa się przedstawia przy kile wrodzonej.

Autor na 18.689 sekcyj (od r. 1921—1931) znalazł zakażenie kiłowe w 1.298 przypadkach (389 kiłę wrodzoną, 909 nabytą). Z tych ledwie 3 przypadki *) wykazywały swoiste zmiany kiłowe w mięśniu sercowym, natomiast nieswoiste zmiany kiłowe *(malacia, fibrosis)* przy *aortitis luetica* w 28 przypadkach (5.4‰ wszystkich *aortitis).*

Pierwszy przypadek tyczył się 3 miesięcznego dziecka, które za życia wykazywało objawy kiły wrodzonej i pomimo pozornie dobrego stanu ogólnego nieoczekiwanie zmarło. Na sekcji stwierdzono rozlane zmiany w mięśniu sercowym, zwłaszcza zajmujące przegrodę komorową; makroskopowo przedstawiały się te zmiany jako przerost mięśnia, połączony ze żółtawem zabarwieniem. Podejrzenie na *myocarditis luetica* potwierdziło badanie drobnowidowe: stwierdzono zapalenie śródmiąższowe, rozrostowe, umiejscowione głównie w przegrodzie komorowej, bez martwicy i bez znaczniejszego zwyrodnienia włókien mięśniowych. Charakter kiłowy sprawy potwierdziła obecność krętków, których znaczna ilość znajdowała się bezpośrednio we włóknach mięśniowych.

Drugi przypadek tyczył się 41-letniego mężczyzny, który przed 18 laty zaraził się kiłą. 3 miesiące przed śmiercią wystąpiły u chorego napady duszności i bóle w okolicy serca po każdem natężeniu. Sekcja wykazała *aortitis luetica* miernego stopnia, *myoendocarditis gummosa,* umiejscowioną głównie w przegrodzie komorowej oraz *pericarditis adhaesiva fibrosa diffusa.* Drobnowidowo stwierdzono świeże kilaki z licznemi olbrzymiemi komórkami obok rozlanych i sklerotycznych zmian; oba ramiona pęczka Hiss-Tawary były zniszczone.

Trzeci przypadek tyczył się 38-letniego mężczyzny z typowym zespołem Adams-Stokesa z napadami utraty przytomności. Objawy te trwały ogółem 9 dni. Przed tym okresem chory nie odczuwał żadnych dolegliwości nawet przy pracy fizycznej. Śmierć nastąpiła w napadzie. Bordet-Wassermann dodatni. Elektrokardjogram wykazał zupełne rozkojarzenie przedsionkowo-komorowe. Sekcja stwierdziła *myocarditis gummosa* przegrody komorowej; zmiany były częściowo stare, częściowo świeże, zwłaszcza w przegrodzie komorowej. Pęczek Hiss-Tawary był nieuszkodzony, ramiona zaś ginęły w naciekach kilakowych pod zgrubiałem wsierdziem. Obok tego znaleziono starsze i świeże kilaki we wnęce płuca lewego z obliteracją gałązek tętnicy płucnej.

Histologicznie szczegóły w świeżych kilakach w przypadkach 2 i 3 zdają się potwierdzać przypuszczenie Bendy, że w pierwszym okresie kilaka niema miejsca bujanie jak uczył Virchow, lecz raczej zapalny wysięk, powstający pod wpływem rozpadających się krętków, które się przedtem miejscowo rozmnożyły, a przechodzący, bądź w martwicę, bądź — a to często dopiero wtórnie — w zapalne bujanie włókniste. *Ungar* (Lwów).

Odosobniona glikohistechja skóry jako przyczyna przewlekłych schorzeń skóry. E. URBACH. Med. Klin. Nr. 11. 1933.

Normalna zawartość cukru w skórze wynosi około 47 mg%. W przypadkach przewlekłej czyraczności, wyprysku, świądu, ropni gruczołów potowych, pokrzywki udaje się stwierdzać w niektórych przypadkach wybitne podniesienie zapasów węglowodanowych w skórze, mimo, że nie stwierdza się ani podniesionego poziomu cukru we krwi, prawidłową krzywą cukru we krwi po obciążeniu węglowodanowem, ani też cukromoczu. Stany te nazywa autor odosobnioną glikohistechją, dlatego odosobnioną, ponieważ podniesioną zawartość węglowodanów znajduje się tylko w skórze. Wymienione schorzenia, mające wspomniane tło, należy leczyć dietetycznie tak, jak cukrzycę, a najszybsze wyniki uzyskujemy przy równoczesnem stosowaniu insuliny. Opisuje przypadek przewlekłej czyraczności, opornej na leczenie dermatologiczne, wyleczony w przeciągu 24 dni dietą i insuliną. Krzywa obciążenia węglowodanami przedstawiała się normalnie.

Godlowski (Kraków).

Medycyna sądowa i psychjatrja.

O leczeniu psychoz pochodzenia nieorganicznego. PIOTR PRĘGOWSKI. L'Encephale, Journal de Neurologie et de Psychiatrie.

Pośród psychoz pochodzenia nieorganicznego autor rozróżnia 3 wielkie grupy:

1) psychozy manjakalno-depresyjne, 2) *dementia praecox,* 3) psychozy związane przypuszczalnie z zaburzeniami czynności gruczołów dokrewnych.

Leczenie w *„dementia praecox"* dąży do usunięcia skurczu drobnych naczyń obwodowych i uzyskania normalnego ich światła. Do tego służą ciepłe kompresy przykładane do poszczególnych odcinków rdzenia kręgowego i rdzenia przedłużonego, wywołujące czynne przekrwienie ośrodków wegetatywnych. Usunięcie skurczu naczyń krwionośnych osiąga się także masażami ręką lub *pointrollerem,* natryskami pod wysokiem ciśnieniem, kąpielami gazowemi, wreszcie lekami mającemi dodatni wpływ na układ naczyniowy.

Autor podaje dla przykładu trzy obserwacje chorych, leczonych z doskonałym wynikiem wymienionemi sposobami.

W grupie trzeciej, na podstawie obserwacji klinicznej autor rozróżnia następujące postacie:

*) 1 przypadek kiły wrodzonej (na 389 przypadków = 2.6‰) a 2 przypadki przy kile nabytej (na 909 przypadków = 2.2‰).

1) Psychozy *połogowe*. Zdania dotyczące zaburzeń psychicznych obserwowanych w połogu nie są jednolite. Jedni mówią o psychozie połogowej, zależnej od zaburzeń dokrewnych, inni uważają ją za *dementia praecox*, wywołaną przez poród. Inni wogóle odrzucają istnienie jakiegokolwiek wpływu gruczołów dokrewnych. Autor leczył te zaburzenia wstrzykiwaniami wyciągu z szyszynki *(glandula pinealis)*. Podawał raz lub dwa razy dziennie po 1 cm^3 *Epiphysan'u Richter'a*. Po dwu dniach objawy cofały się, po 7—12 dniach pacjentki stawały się rekonwalescentkami.

2) Psychozy *miesiączkowe*. Tu autor zauważył następujące współzależności zaburzeń psychicznych i obfitości miesiączki:

a) obecność stanów egzaltacji, dochodzących do ostrego *delirium* wraz ze zmniejszeniem obfitości miesiączki, aż do zupełnego ich braku,

b) wspólistnienie depresji i stuporu i wzmożenie obfitości upływu krwi,

c) istnienie obydwu rodzajów zaburzeń psychicznych i skąpa miesiączka.

W a) i c) autor podawał agomensynę Ciba, w b) sistomensynę Ciba.

Autor podaje codziennie $^1/_2$ pastylki albo $^1/_2$ ampułki 3 razy tygodniowo. Co dwa tygodnie podwyższa dawkę o $^1/_2$ pastylki dziennie lub $^1/_2$ ampułki tygodniowo. Przypadków takich leczył 10, z pomyślnym wynikiem.

3) Do grupy drugiej należałoby zaliczyć *stany sadyzmu*, nagłe wybuchy gniewu lub chęci niszczenia, zjawiające się okresowo, trwające jedynie podczas miesiączki, zresztą skąpej. Cztery takie wypadki leczone były agomensyną: wraz ze zwiększeniem się obfitości miesiączki ustępowały zaburzenia psychiczne.

4) *U mężczyzn* zjawiają się również zaburzenia psychiczne, powtarzające się co miesiąc, analogiczne do wspomnianych okresowych zaburzeń u kobiet.

Podawanie preparatów jądrowych przez dłuższy czas, w dozach małych, stopniowo powiększanych, następnie powolne ich zmniejszanie, odnosi zamierzony skutek.

5) Inną grupę stanowią zaburzenia psychiczne nie mające charakteru prawidłowej okresowości, jak w 3 i 4 i występujące wraz z *objawami zapalno-infekcyjnemi*. Leczenie polega na podawaniu preparatów jądrowych, przy jednoczesnem leczeniu sprawy infekcyjnej.

6) Ostatnią wreszcie grupę stanowią zaburzenia psychiczne, gdzie czynnik zakaźny i zapalny wysuwa się na plan pierwszy, zaś zaburzenia dokrewne raczej przypuszcza się.

W swych pracach ogłoszonych w roku 1926, 27 i 30 autor podał 61 przypadków zaburzeń psychicznych czynnościowych, którym towarzyszyły objawy zapalne ogólne lub miejscowe i wysoka ciepłota. Zaburzenia psychiczne następowały nagle, trwały długo. Odpowiednie leczenie przeciwzapalne najczęściej usuwało objawy. W wypadkach szczególnie uporczywych stosował leczenie malarją, ale na to potrzebny jest dobry stan fizyczny pacjenta, szczególnie serca i nerek. *B.*

Samobójstwo wśród młodzieży szkolnej. W. ODYNIEC. Nowiny Psych. Rok 32, z. 3—4.

Kwestja samobójstw wśród młodzieży jest zjawiskiem dość skomplikowanem. W pojedyńczych przypadkach rola psychopatji konstytucjonalnej zasługuje na szczególną uwagę. Młodzież jest prawie nieprzygotowana do zwalczania skomplikowanych sytuacyj życia społecznego. Przyczynami swoistemi samobójstw są błędy wychowania rodzinnego i szkolnego. Wychowanie nie jest dzisiaj dostosowane do ustroju psychologicznego młodzieży.

Obständer (Bielsko).

Patologja charakteru w świetle nauki o wydzielaniu wewnętrznem. W. STERLING. Rocznik Psychjatryczny. Z. XX.

Autor analizuje najrozmaitsze odmiany charakteru, wynikające z zaburzeń czynności tarczycy, gruczołów przytarczycznych, nadnercza i przedewszystkiem gruczołów płciowych, zmiany konstytucjonalne lub też nabyte, przedstawiające formułkę psychofizjologiczną charakteru ludzkiego. Na podstawie badań Kretschmera, Ewalda i Speranskiego przyjmuje dwie grupy gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem: jedną pobudzającą procesy przemiany i psychobiologiczne, drugą o działaniu hamującem. W warunkach normalnych utrzymują te dwie grupy równowagę, gwarantującą specjalne tempo tych reakcyj oraz normalny i stały rozwój temperamentu. Obserwuje się dwie kategorje zaburzeń tej równowagi: jakościowe i ilościowe. Do grupy pobudzających gruczołów autor zalicza: tarczycę, gruczoły płciowe, grasicę, — do hamujących: gr. przytarczyczne, układ barwnochłonny, wątrobę i trzustkę. Nie należy jednak pominąć wpływu układu nerwowego, w szczególności ustroju międzymóżdża, szypułko-mózgowego i ośrodków wegetatywnych, rolę których studjowano w zaburzeniach następowych nagminnego zapalenia mózgu. Autor podkreśla, że zaburzenia wydzielania wewnętrznego nie są czynnikiem etjologicznym w patologji charakteru, lecz jedynie patoplastycznym. *Obständer* (Bielsko).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 14 czerwca 1933 roku.

Przewodniczący: prezes doc. dr. Szymanowicz.

1. Przyjęto po odbytem głosowaniu kol. dra Ludwika Grossa na członka Towarzystwa.

2. Doc. Szymanowicz (Ordynator Oddziału ginekologiczno-położniczego szpitala św. Łazarza) przedstawił chorą z *niewykształceniem pochwy i niedorozwojem macicy oraz przydatków macicznych (agenesia vaginae, hypoplasio uteri et adnex.)*. U chorej wykonano zabieg sposobem Kirschnera-Wagnera t. j. rozpreparowano tkanki między pęcherzem moczowym a odbytnicą poczem w wytworzone w ten sposób zagłębienie wprowadzono na protezie kauczukowej powleczonej gąbką gumową płat naskórka zdjęty z wewnętrznej powierzchni uda. Płat naskórkowy wielkości 18 × 10 zdjęto z uda przy pomocy zwykłego noża operacyjnego z łatwością poczem brzegi płatu zeszyto na opisanej poprzednio protezie. Chora jest obecnie 3 tygodnie po zabiegu. Wytworzoną pochwę (wielkości dostatecznej) rozciąga się w ciągu kilku godzin codziennie grubemi rozszerzadłami Hegara. Rana na nodze pokryła się naskórkiem.

3. Prof. Dr. Janusz Supniewski wygłosił wykład p. t.: *„Badania nad przemianą materji u krętka bladego"*. (Streszczenie prelegenta).

Autorzy hodowali krętki blade na pożywce składającej się z 1% peptonu *(Arnour and Co)* 0,5% chlorku sodu, 0,2% kwaśnego fosforanu potasu, do której dodawano 10% surowicy króliczej. W pożywce tej hodowano krętki blade bądź w atmosferze wodoru, wówczas dodawano do pożywki nukleinian bądź moczan sodu, bądź pod warstwą parafiny płynnej, wówczas gdy dodano do pożywki kawałki wątroby króliczej gotowanej. Pożywki te następnie tyndalizowano i dodawano do nich różne ciała chemiczne, posiewano krętki i w dziesięć dni później poddawano pożywki analizie mikrochemicznej, celem określenia zmian chemicznych spowodowanych rozwojem krętków.

Na pożywkach tych rosły krętki dobrze w granicach pH 6.0—9.0. Optimum wzrostu obserwowano przy pH 7.2—7.8. Krętki zakwaszały pożywki alkaliczne a alkalizowały pożywki kwaśne doprowadzając pH pożywek do 6.3—6.7.

Podczas procesu wzrostowego, krętki wywoływały rozkład niewielkich ilości cukrów dodanych do pożywek. Najłatwiej zużywały triozę dwuoksyaceton, nieco trudniej pentozy, arabinozę i ksylozę wówczas gdy nie rozkładały zupełnie metylopentozy ramnozy. Z heksoz najłatwiej zużywały krętki galaktozę, trudniej mannozę, fruktozę, glukozę. Przy rozpadzie heksoz nie tworzył się kwas mleczny. Przeciwnie nawet krętki rozkładają kwas mleczny dodany do pożywek. Krętki nie posiadają własności rozkładu polisacharydów jak sacharoza, laktoza, maltoza i rafinoza.

Rozszczepiają one łatwo kwas glicerofosforowy i kwas fruktozodwufosforowy aż do fosforanów. Zużywają one dość łatwo glicerynę dodaną do pożywki, wówczas gdy praktycznie nie zużywają pentytów i heksytów dodanych do pożywek jak np.: mannitu, sorbitu, erytrytu. Krętki rozkładają również kwas betaoksymasłowy. Krętki blade obdarzone są własnościami proteolitycznemi. Podczas ich wzrostu na pożywkach obserwujemy zwiększanie się w tych: ilości amoniaku, azotu resztkowego, aminokwasów, tryptofanu, cysteiny. Drobnoustroje te jednak nie tworzą indolu z tryptofanu. Krętki blade dobrze rosną na pożywkach zawierających kwas moczowy, który zużywają zupełnie podczas wzrostu. Podobnie dobrze rosną one na pożywkach zawierających nukleinian sodu, który rozkładają, wydzielając fosforany, nukleotydy, nukleozydy. Związki te proponujemy jako dodatki do pożywek celem wybitnego zwiększenia wzrostu krętków bladych.

Ogólna przemiana materji krętka bladego zdaje się mieć wybitnie endogeniczny charakter. W porównaniu z bakterjami krętek ten wywołuje względnie niewielkie zmiany ilościowe składu chem. pożywek. Charakter przemian chemicznych, którym ulegają pożywki jest swoisty dla krętka i naogół różny od zmian, które wywołują inne żywe istoty. Ogólny charakter przemiany

materji zbliża więcej krętka do świata zwierzęcego (pierwotniaków) niż do świata grzybów i bakteryj.

W dyskusji zabierali głos: prof. Walter, kol. Kowarzyk, prof. Gieszczykiewicz i doc. Pawlas.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 21 czerwca 1933 roku.

Przewodniczący: prezes doc. dr. Szymanowicz.

1. Przyjęto po odbytem głosowaniu jednogłośnie na członka T-wa kol. Docenta U. J. dra Tadeusza Bilikiewicza.

2. Kol. Karasiński zdał sprawę z udziału delegacji T-wa na Walnem Zebraniu Towarzystwa Lekarzy polskich b. Galicji w Morszynie w dniu 15 czerwca 1933. W skład delegacji weszli Prezes T-wa doc. dr. J. Szymanowicz, dr. Surzycki, Prym. dr. J. Gołąb oraz sprawozdawca. Walnemu Zebraniu przewodniczył członek delegacji krakowskiej dr. Surzycki. Sprawozdanie Rady Zawiadowczej (ogłoszone drukiem w P. G. L.) przyjęto przez aklamację, a na wniosek doc. Szymanowicza wyrażono Radzie Zawiadowczej najgorętsze podziękowanie i uznanie za pełną energji i poświęcenia działalność. Doc. Szymanowicz zabierał również głos w sprawie budowy domu wypoczynkowego dla lekarzy, na który to cel Zarząd Zdrojowiska Morszyn skłonny jest bezpłatnie odstąpić teren i budulec. Doc. Szymanowicz przyrzekł zainteresować tą sprawą środowiska krakowskie. Po zebraniu odbyło się zwiedzanie nowych urządzeń zdrojowych, w których od poprzedniego roku zaznaczył się bardzo znaczny postęp. Powiększono i unowocześniono łazienki, otwarto wspaniałą pijalnię wód, założono urządzenia wodociągowe oraz światło elektryczne, w toku budowy są urządzenia kanalizacyjne. W ciągu ubiegłego roku rozwinęło się bardzo budownictwo z inicjatywy prywatnej. U wjazdu do zdrojowiska wita przybywających ukończony już całkowicie a artystycznie pomyślany murowany kościółek, ufundowany przez niestrudzonego w staraniu o Morszyn Prof. Renckiego. Frekwencja kuracjuszów zapowiada się bardzo dobrze. Delegaci krakowscy, podejmowani bardzo gościnnie i serdecznie przez Kolegów lwowskich opuszczali Morszyn pod miłem wrażeniem wielkiej i celowej pracy, gwarantującej niechybnie dalszy rozwój tego zdrojowiska.

3. Kol. Osiek (gość T-wa) z Oddziału pedjatrycznego szpitala św. Łazarza przedstawił 2 przypadki:

I. Przypadek *padaczki dziecinnej leczony dietą kwasiczą*. Dziecko lat 2, miewa dziennie do 14 ataków *„petit"* oraz *„grand mal"*. Zastosowano dietę kwasiczą. Z chwilą wystąpienia acetonu ilość ataków spada do 3, a po dwóch dniach ataki ustają. Trzymiesieczna obserwacja nie wykazuje nawrotu. Przy przeprowadzeniu tej diety napotyka się na duże trudności, co łącznie z niebezpieczeństwami *(coma)* jakie przedstawia, każe tę dietę stosować tylko w zakładzie leczniczym.

II. *Empyema pleurae ambilateralis pneumoc.* u 7-mio letniego dziecka.

4. Dr. J. Gołąb (Ordynator Oddz. chorób dziecięcych szpit. św. Łazarza) przedstawił przypadek: *Tabes dorsalis u jedenastoletniej dziewczynki* (praca przeznaczona do druku).

W dyskusji nad przypadkami zabierali głos: prof. Walter, doc. Zieliński, kol. Bornstein, kol. Blasberg, kol. Glasner.

5. Dr. J. Spira (Ord. Oddz. laryngologicznego szpit. Izraelitów) przedstawił 2 przypadki: I. Chora z *atypowym zespołem Gradeniga*. II. Chora z *typowym obrazem zespołu Gradeniga*.

W dyskusji zabierali głos: Kol. Miodoński, Kol. Bornstein i w odpowiedzi Kol. Spira.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Sprawozdanie XX. posiedzenia naukowego z dnia 16 czerwca 1933 r.

1. Kol. Oberlaender, czł. T-wa przedstawił: *ciekawsze przypadki z zakresu urologji:*

a) Przypadek niezwykle wielkiego roponercza, stwierdzonego przed trzema laty u 70-letniej kobiety, która wówczas nie chciała się zgodzić na zabieg operacyjny. Obecnie operowana, chora mimo podeszłego wieku, ogólnego stanu bardzo podupadłego, zabieg operacyjny dobrze zniosła i zupełnie wyzdrowiała.

W tym przypadku mamy do czynienia z nerką workowatą. Po wypuszczeniu treści ropnej około trzech litrów, nerka zapadła się jak pusty worek. W miedniczce tkwił kamień, jako odlew miedniczki w postaci wentyla.

b) Przypadek 79-letniego mężczyzny, który od lat 4 cierpiał na krwotoki i zupełne zaparcie moczu spowodu przerostu gruczołu krokowego III. stopnia. Operowany w stanie skrwawienia i wycieńczenia, metodą Freyerowską, w 18 dniu po operacji jest zupełnie uleczony i po raz pierwszy od trzech lat oddaje mocz drogą naturalną.

c) gruźlicę nerki u kobiety 42-letniej, u której wywiady rodzinne i osobiste ujemne są w kierunku gruźlicy. Od 2 lat choruje na pęcherz z objawami parcia na mocz, czasem krwiomocz. Wobec stwierdzenia typowego obrazu cystoskopowego dla gruźlicy w pęcherzu i nerce lewej, przy dobrej funkcji drugiej nerki, rozpoznawszy gruźlicę nerki lewej, wykonał wyjęcia nerki lewej. Nerka o zrazikowatej embrjonalnej budowie, w całości powiększona, wykazuje cały szereg kawern mniejszych i większych, wypełnionych zserowaciałą masą.

d) Przypadek z dziedziny wad rozwojowych przewodu moczowego; moczowód podwójny *(ureter duplex)* prawostronny o nadliczbowej nerce trzeciej z ujściem moczowodowem w pęcherzu, ułożonem nad ujściem normalnem. Chora od dłuższego czasu cierpi na różne dolegliwości po stronie moczowodu nadliczbowego. (Prelegent ilustruje pyelogram).

Wszystkie powyżej przedstawione przypadki ilustrują specyficzny, trudny materjał operacyjny szpitala żydowskiego.

We wszystkich przedstawionych przypadkach chorzy kilkakrotnie wypisywali się ze szpitala w chwili najnieodpowiedniejszej, gdy stan ich zdrowia i wskazanie do operacji były najidealniejsze, by zgłosić się do operacji w stanie ostatniego wycieńczenia — wśród najgorszych warunków — w chwili, gdy właściwie jest już przeciwwskazanie do operacji.

2. Kol. Penner, gość, przedstawił przypadek *Hydroa vacciniformis*.

Chory lat 39. Rodzice zmarli z przyczyn choremu nieznanych. Rodzeństwo zdrowe. W 8-ym roku życia przeszedł zapalenie płuc. W roku 1918 przebył grypę z powikłaniami. Przed 11 laty zaraził się kiłą. Pobrał 5 leczeń przeciwkiłowych. Kilkakrotnie przechodził rzeżączkę.

Obecna choroba rozpoczęła się przed rokiem zmianami na twarzy jakoteż na rękach. Na wiosnę następuje zaostrzenie sprawy chorobowej. Pije i pali miernie.

Objektywnie skóra wykazuje zmiany tylko na częściach odsłoniętych, wystawionych na działanie światła, wyraźnie odróżniających się swem ciemno brunatnem zabarwieniem. Skóra twarzy poza brunatnem przebarwieniem i pojedyńczemi blizenkami zmian nie wykazuje. Na małżowinie usznej lewej stwierdza się pęcherze od wielkości ziarna grochu do wielkości ziarna fasoli o dobrze napiętej pokrywie pęcherzowej, wypełnione treścią surowiczą. Zmiany wykazują głównie ręce po stronie grzbietowej w postaci pęcherzy od wielkości łebka szpilki do wielkości śliwki o kształcie dokładnie okrągłym, dobrze napięte, o pokrywie utrzymanej, wypełnione treścią surowiczą, miejscami krwawą, bądź też w postaci strupów leżących wyraźnie poniżej poziomu skóry otaczającej.

Badanie krwi wykazało: c. czerw. 5,310.000, c. b. 9.200, Sahli 105, Indeks 1, segment. 37%, pałeczk. 3%, limfoc. 38%, kwasochł. 4%, tucznych 3%, monoc. 11%, plazmat. 4%.

Oporność ciałek czerwonych według Hamburgera 0,42—0,39% Na Cl. Cukier we krwi 112 mg %. Mocz poza brunatno-czerwonem zabarwieniem bez zmian. Spektroskopowo wykazano hematoporfirynę pod postacią 2 cieni: jeden przed 4 i szerszy między D i E.

W powyższym przypadku rozpoznajemy *hydroa vacciniformis*. Korzystne działanie lecznicze zauważyliśmy po stosowaniu rezorcyny doustnie, która działa tu desensybilazacyjnie na promienie świetlne.

3. Kol. Ziembicki, czł. Twa wygłosił: *Nieznana relacja o śmierci Jana III.* (P. G. L. 28. 1933).

Sprawozdanie XXI. posiedzenia naukowego z dnia 23 czerwca 1933 r.

Przewodniczy: Kol. Lenartowicz.

1. Kol. Prezes poświęca słów kilka wspomnieniu ś. p. Kol. Tytusa Vrabetza, co zebrani członkowie wysłuchali stojąco na znak uczczenia zmarłego.

2. Kol. Progulski i Chwalibogowski A., członkowie T-wa przedstawili przypadki i omówili *naskórną próbę tuberkulinową w gruźlicy dziecięcej.*

W roku 1931 ogłosili dermatolodzy norymberscy, Nathan i Kalos pracę o nowej naskórnej próbie tuberkulinowej, polegającej na przykładaniu na skórę na 24 godzin gazików, napojonych 1—25% roztworem st. tuberkuliny Kocha. Próba powyższa u dorosłych wypadała dodatnio tylko u osobników z gruźlicą

skóry, u osób gruźliczych bez zmian na skórze wypadała ujemnie. Takie zachowanie się opisanego odczynu ma świadczyć, zdaniem autorów, o odrębności skóry pod względem immuno-biologicznym. Źródłem jego ma być przewrażliwość naskórka na tuberkulinę, która powstaje tylko w gruźlicy skóry. Dzięki niezależności nowej próby od zmian gruźliczych w innych narządach, autorzy podali ją jako metodę różniczkowo-rozpoznawczą dla odróżnienia zmian skóry na tle gruźliczem od innych spraw chorobowych skóry.

Specyficzność względnie wyłączność tego odczynu tylko dla gruźlicy skóry wydawała się nam nieprawdopodobną już na podstawie rozumowania teoretycznego. Charakter nowego odczynu identyczny z odczynem Moro kazał nam bowiem przyjąć, że tkanką reagującą tutaj jest nie przewrażliwy naskórek, lecz alergiczna skóra.

Ponieważ zaś alergja tuberkulinowa wyraża się na skórze we wszystkich postaciach i zmianach drugorzędnej gruźlicy, przewidywaliśmy, że odczyn Nathana i Kalosa będzie w pedjatrji, gdzie prawie 100% przypadków gruźlicy należy do tego okresu, równie często dodatnim, jak odczyn Pirqueta lub Moro.

Badania nasze przeprowadzone u dzieci chorych na gruźlicę gruczołów wnękowych, nacieki okołoogniskowe, wysiękowe zapalenie opłucnej, gruźlicę kości i t. d. (bez zmian na skórze) potwierdziły to w zupełności. Odczyn powyższy wypada dodatnio tak często i równie identycznie jak odczyn Pirqueta i Moro.

W dyskusji: Kol. N a d e l, gość zaznacza, że sam Nathan w swej pracy nadmienia, że należałoby przy pomocy tego odczynu przebadać materjał obejmujący dzieci. Nathan używa przeważnie 1% roztworu tuberkuliny, jakkolwiek próbował i stężeń wyższych.

Uzyskane silne odczyny przez Kol. Progulskiego możnaby tłumaczyć wysokiem stężeniem rozczynu tuberkuliny (10%).

Kol. L e n a r t o w i c z, czł. T-wa: Już z okazji poprzedniego przedstawienia przypadków z odczynem Nathana przez Kol. Świątkiewicza miałem sposobność zwrócić uwagę, że odczyn Nathana miałby dla dermatologa szczególniejsze znaczenie wówczas dopiero, gdyby w szeregu prób stwierdzono, że odczyn ten wypada jedynie dodatnio w przypadkach gruźlicy s k ó r y a ujemnie w przypadkach gruźlicy innych narządów bez zmian gruźliczych w skórze, wówczas bowiem byłby dla nas cennym wskaźnikiem rozpoznawczym w odróżnianiu zmian kiłowych lub trądowych od zmian gruźliczych. Z badań Kol. Progulskiego i przedstawionych przypadków wynika, że tak nie jest, ale trzeba przyznać, że Nathan przeprowadzał próby skórne ze swoim odczynem na materjale dorosłych i w ostatnim ustępie wyraźnie zaznacza, że wskazane są próby u dzieci. Jeżeli u dzieci odczyn Nathana wypada dodatnio także w przypadkach wolnych od zmian skórnych — to odczyn ten u dzieci przynajmniej nie ma owej zasadniczej wartości, jest jedynie jednym z licznych już i oddawna stosowanych odczynów skórnych u osób dotkniętych gruźlicą, podobnie jak odczyny Pirqueta, Mantoux, Moro, Wolff-Eisnera i t. p. odczynów, które stwierdzają, że dany ustrój jest lub był dotknięty gruźlicą a nie dowodzą bynajmniej, że zmiany na skórze są zmianami gruźliczemi. Różnice wyników odczynu Nathana u osób dorosłych i u dzieci możnaby tłumaczyć właściwościami odmiennemi skóry dzieci od skóry dorosłych. Lewandowsky dosyć trafnie zaznacza tę różnicę porównując wrażliwość ustroju i skóry noworodka w pierwszym roku życia do wrażliwości morskiej świnki na gruźlicę, wrażliwość dzieci poza pierwszym rokiem życia i dorosłych do wrażliwości królika.

W przemówieniu Kol. Nadla należy sprostować nieścisłe powołanie się na pracę Nathana. Nathan bowiem posługiwał się nie jak przytacza Kol. Nadel roztworami tuberkuliny 1%-wemi ale także 10 i 25%-wemi.

Kol. P r o g u l s k i i C h w a l i b o g o w s k i, czł. T-wa w odpowiedzi: 10%-owa tuberkulina daje odczyn bardzo wybitny, 1%-owa słabszy. Dla demonstracji przypadków wykonaliśmy obydwa jak i kontrolę z buljonem gliceryn. O tem, że tkanką reagującą jest skóra właściwa, świadczy zarówno sam odczyn zapalny jak i ponowne zaczerwienienie się dawniej już wykonanego odczynu Pirqueta po zastosowaniu naskórnej próby. Próba ta wypada u dorosłych z gruźlicą trzeciorzędną dlatego ujemnie, ponieważ alergja skóry jest w tym okresie gruźlicy albo bardzo małą, albo wogóle już jej niema. Tak samo wypada tu zresztą próba Pirqueta lub Moro.

3. Kol. H o r n u n g, czł. T-wa wygłosił: *Sprawozdanie z konferencji odbytej w dniach od 2—4-ego czerwca b. r. w Leysin w Szwajcarji w sprawie ochrony zdrowia młodzieży akademickiej.* (P. G. L. Nr. 29—30 i 31. 1933).

S p r a w o z d a n i e XXII. p o s i e d z e n i a n a u k o w e g o z dnia 30 czerwca 1933 r.

Przewodniczy: Kol. D o l i ń s k i.

1. Kol. N a r ó g, czł. Twa wygłosił: *Zastosowanie i wartość lecznicza diatermji w chorobach oczu.*

Autor po uwzględnieniu dotychczasowej literatury w sprawie lecznictwa diatermją i po przedstawieniu działania diatermji w chorobach oczu, podkreśla używanie w okulistyce małych aparatów na 1 amper, stosowanie słabych prądów przy elektrodzie czynnej do 0,4 ampera. Następnie przytacza swoje przypadki leczone diatermją.

Dobre wyniki otrzymał: przy przewlekłem i ropnem zapaleniu brzegu powiek (30 przypadków), przy neuralgji (40 przyp.), przy zapaleniu woreczka łzowego (10 przyp.), przy wrzodach na rogówce (19 przyp.). W tem było 3 przyp. przypalenia wrzodów rogówki, w innych zaś nagrzewanie. Uderzające było wyleczenie 2 przypadków zropienia rogówki, mimo braku dobrego poczucia światła. Do wyleczonych są w dalszym ciągu wliczone: zapalenie twardówki (2 przyp.), zapalenie nadtwardówkowe (4 przyp.), zapalenie po złuszczeniu nabłonka rogówkowego (3 przyp.), przewlekłe zapalenie tęczówki (8 przyp.) i blizny rogówkowe.

Poprawy nie zauważył przy mętach w ciałku szklistem (5 przyp.), przy zapaleniu siatkówki i naczyniówki (9 przyp.), przy powtórnem pęknięciu siatkówki i naczyniówki po urazie (1 przyp.).

W przypadkach zapalenia centralnego siatkówki i naczyniówki nastąpiła poprawa po wstrzykiwaniach preparatu Spiessa *Bizmut-Chinin-Jodat i Na Cl,* jednakowoż chorzy widzieli zmniejszone litery i nierówno ustawione. Objawy te ustąpiły po diatermji.

Dalej otrzymał poprawę po kombinowanem leczeniu szczepionkami i diatermją przy zapaleniach pourazowych jagodówki, z których w 3 przypadkach pomimo braku poczucia światła nastąpiła poprawa ostrości wzroku od $^1/_5$—$^1/_2$.

Przy *haemophtalmus* (15 przyp.) i zapaleniu miąższowem rogówki (10 przyp.) nie widział poprawy po samej diatermji.

Najlepsze i najefektowniejsze wyniki uzyskał po diatermokoagulacji: przy brodawkach (120 przyp.), przy nabłoniakach (2 przyp.), przy naczyniakach (3 przyp.), przy *xanthelasma* (3 przyp.), które były umiejscowione na skórze powiek i twarzy.

Na spojówce powiekowej i gałkowej miał dobre wyniki przy wypaleniu przerostów i pojedyńczych ziaren jagliczych (10 przyp.), przy wśródbłoniaku nawracającym (1 przyp.), przy czerniaku (1 przyp.), przy mięsaku (1 przyp.) i przy brodawczakach (2 przyp.).

Przy skrzydliku (3 przyp.), przypalał z dobrym wynikiem część rogówkową zapomocą elektrody pojedyńczej. W 1 przyp. raka rogówki, zajmującego $^3/_4$ powierzchni rogówki nastąpiło wyleczenie po diatermo-koagulacji.

Przy zrostach spojówkowych miał dobre wyniki w 2 przypadkach, w 4 zaś potrzebna była plastyka.

W dalszym ciągu uzyskał dobre wyniki: po peritomji przy łuszczce jaglicznej (6 przyp.), przy gruźlicy spojówki (5 przyp.), przy wypadnięciu tęczówki (5 przyp.), przy wypadnięciu ciałka szklistego (1 przyp.), przy zrostach w jamie oczodołowej (3 przyp.), przy *trichiasis* (6 przyp.), przy *ectropion* (1 przyp.), przy starych bliznach, przy znamionach barwikowych (15 przyp.), przy polipach (2 przyp.) i cyście (1 przyp.). Poprawy nie uzyskał w 3 przypadkach nieżytów wiosennych na 5 leczonych, przy nieżycie zaś mieszkowym i gradówce uważa diatermję za zbyteczną.

W okolicy rąbka rogówkowego używał bardzo słabego prądu: 0,2 ampera przy elektrodzie czynnej, lub elektrody pojedyńczej.

W zakończeniu podnosi wartość diatermji, która się uwydatnia swą pojedyńczą metodą stosowania i skróconem okresem leczenia. W wielu przypadkach jest ona nie do zastąpienia i niezbędna w praktyce.

W dyskusji: Kol. M u s i a ł, czł. Twa stwierdza, że przedstawiony chory leczył się przez dłuższy czas w przychodni Oddz. ocznego Szpit. Powsz. nie spowodu raka ale spowodu *scleritis.* Z wieloma rzeczami z wykładu nie zgodziłby się z prelegentem i nie z zapałemby się odnosił do wyników leczniczych uzyskanych przy pomocy diatermji — boć przecie bez niej można się całkiem dobrze obejść. Zaznacza przytem, że jeżeli oko nie ma poczucia światła jest miękkie i zapada się, powinno się bezwzględnie go wyjąć w obawie przed przyjściem afekcji sympatycznej.

Kol. Naróg, czł. Twa w odpowiedzi:

Odnośnie do przedstawionego przypadku raka rogówki, wyleczonego przez diatermo-koagulację, odpowiada kol. Musiałowi, że chory sam podał, iż leczył się w ciągu roku na oddziele ocznym, a na dowód przedłożył szereg recept. Chory nazwiskiem Hałan, ekspedjent pocztowy, zam. Pełczyńska 12. z Państw. Pom. Lek. zainteresowanych objaśni, że leczył się na oddziele ocznym. Przed zabiegiem wziął chory jedno silne naświetlenie Roentgenem w szpitalu żydowskim. Jedna dawka Roentgena była za mała, ażeby wyleczyć chorego, ale mogła zmniejszyć żywotność komórek nowotworowych. Początkowe rozpoznanie mogło natrafiać na trudności, ze względu na brak zadraśnienia i narośl płaską, imitującą bliznę, ale badanie lampą szczelinową wykazało kłębuszkowate narośle z pętlami naczyń, co przemawiało za nowotworem i co potwierdził wynik badania zakładu anatomji patologicznej *(Carcinoma planocellulare)*.

Odnośnie do twierdzenia kol. Musiała, że niemożliwem jest, ażeby oko mogło widzieć, jeśli straci poczucie światła, odpowiada referent, że w 2 przyp. zropienia rogówki i w 3 przyp. pourazowego zapalenia tęczówki z wysiękiem i *„haemophtalmus"* uzyskał u chorych bystrość wzroku od $^1/_5$ do $^1/_2$ pomimo braku lokalizacji w początkach zapalenia. Chorzy ci nie chcieli zgodzić się na doradzane im wyjęcie gałki ocznej na oddziele, i prywatnie, a po odpowiedniem leczeniu były tak nadzwyczajne skutki. W innych 5 przyp. dała się gałka oczna utrzymać bez zadrażnienia. W 1 tylko przypadku całkowitego przebicia ciałka rzęskowego zmuszony był referent usunąć gałkę oczną. Referent powołuje się na pracę swą ogłoszoną w Klinice ocznej p. t.: Czy rokowanie na podstawie dotychczasowych metod badania poczucia światła jest zawsze pewne i decydujące o widzeniu lub niewidzeniu oka i przytacza tam grupy schorzeń, przy których może być przejściowy brak poczucia światła. Do tych grup należy: 1) *Haemophtalmus*, 2) *Supuratio corneae, Ker. tbc. parenchymatosa, cum iritide*, 3) *Iritis exsudativa*, 4) zmiany w ciałku szklistem, 5) zmiany na dnie oka *(neuritis, neuritis retrobulbaris, retino-chor. centr., oedema papillae nervi optici*, skurcz naczyń siatkówkowych, *embolia retinae centr.*, 6) sprawy pozagałkowe i mózgowe. Zatrucia *(uraemia)* i t. p. Referent jest zdania, że za dużo wyjmuje się gałek ocznych.

Powinno się każde oko skaleczone leczyć 4—8 tygodni i starać się wyjałowić ogólnie i miejscowo organizm z drobnoustrojów szczepionkami, a następnie wpływać resorbcyjnie bizmutem. Właśnie to uważałby za dowód postępu, że nie każde oko, które traci przejściowo poczucie światła, ma być stracone. Jeżeli nie będzie drobnoustrojów i jadów w organiźmie, nie przyjdzie do współczulnego zapalenia. Referent nie wspomina o zaniku nerwu wzrokowego, bo o tych przypadkach nie było mowy w referacie, ale porusza tylko sprawy zapalne, a w tych po ustąpieniu zapalenia może wrócić i poczucie światła i widzenie. Dlatego też zdziwił się ogromnie postawieniu tezy kol. M., że oko, skoro traci raz poczucie światła nie może widzieć. Teza ta była uznawana 50 lat temu, ale dziś wobec postępu terapji nie wytrzymuje krytyki.

Kol. Musiał, czł. Twa zaznacza raz jeszcze, że po krótkiem wyczekiwaniu jest bezwzględne wskazanie do usunięcia gałki ocznej; kto raz przeżył afekcję sympatyczną — ten nie będzie zbyt długo zwlekał z enukleacją.

2. Kol. Allerhand, czł. Twa wygłosił: *O sposobie zorganizowania kursów języków obcych dla lekarzy*. (streszczenia nie przesłano).

Sekretarz: *T. Chorażak.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół z posiedzenia w dniu 4 stycznia 1933 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Banasz przedstawia przypadek *nefralgji lewostronnej*, operowany w szpitalu w Radogoszczu sposobem Patin'a t. zw. *enervation du rein*. Chora lat 18, od 8 miesięcy stałe ataki kolki nerkowej — do 2 razy w tygodniu, zastrzyki morfiny. Wszelkie badania urologiczne i rentgenologiczne wykazały normalne stosunki. Po dekapsulacji nerki została zdarta z miedniczki sieć nerwów współczulnych. Od czasu operacji (12 tygodni) ani jednego ataku bólów, samopoczucie zupełnie dobre.

2. Kol. Kalisz przedstawia 3 chorych: a) 45-letni pacjent *przed 18 laty miał usuniętą lewą nerkę*. Objawy kamicy po stronie prawej, w czerwcu r. b. atak silny, mocznica. Zdjęcie rentgenowskie negatywne. Pyelografja dożylna wykazała rozszerzenie miedniczki. Przy operacji znaleziono duży kamień w moczowodzie, który usunięto. Przebieg i stan pooperacyjny pomyślny.

b) 11-letni chłopiec *kilkakrotnie operowany po zapaleniu szpiku kostnego prawego uda;* złamanie patologiczne, szew kostny, ponowna *fractura*. Udo skrócone o 11 cm. Złamanie w dawnem miejscu, rodzaj pseudoartrozy. Przeszczepiono kawałek kości z lewej piszczeli. Następnie zdjęcia rentgenowskie wykazują bardzo udany wynik transplantacji.

c) 22-letni pacjent *od 13 lat cierpi na gruźlicę kolana*. Przeszczepiono mu paraartykularnie wolny odłam piszczeli. Wynik bardzo pomyślny, bóle ustąpiły, gorączka znikła. Staw sztywny, lecz niebolesny.

3. Kol. T. Mogilnicki wygłosił odczyt p. t.: *„Kształcąca rola szpitala"*.

Dobrze urządzony szpital kształci chorych, personel pielęgniarski i lekarzy. Chorzy uczą się zasad czystości i higjeny, pozatem kształcą się zapomocą następujących czynników: bibljotek dla chorych, względnia radja, w szpitalach psychjatrycznych zapomocą pracy i umiejętnie stosowanych rozrywek, w szpitalach dla chronicznie chorych dzieci — przez normalnie prowadzone nauczanie. Największe bibljoteki dla chorych posiadają szpitale psychjatryczne, następnie sanatorja dla gruźliczych chorych. Ze szpitali ogólnych najbogatszy księgozbiór ma Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie, ze szpitali dziecięcych Szpital Anny Marji w Łodzi.

Nauczanie chronicznie chorych dzieci odbywa się w Witkowicach, w Zakopanem, na Górce, w Siewierzu i Białymstoku.

Specjalne szkoły dla pielęgniarek istnieją przy następujących szpitalach: przy szpitalu Starozakonnych w Warszawie i Szpitalu im. Bersonów i Baumanów.

W Dziekance, w Tworkach i niektórych innych szpitalach urządzane są specjalne kursy dla pielęgniarek.

Wielki szpital kształci wszystkich pracujących w nim lekarzy, uzupełniając wykształcenie uniwersyteckie. Materjał naszych szpitali jest znacznie większy, niż Klinik uniwersyteckich. Szpital tylko wtedy jest dobrą szkołą dla lekarzy, jeżeli jest odpowiednio uposażony, ma zasobną bibljotekę naukową i jeżeli kierownik szpitala i ordynatorzy naukowo opracowują materjał szpitalny.

Doroczne Posiedzenie Administracyjne.

1. Kol. Frenkiel odczytał projekt regulaminu nagrody konkursowej imienia Dra Seweryna Sterlinga. Regulamin został przyjęty.

2. Przyjęto następujący wniosek Zarządu: „Postanawia się zapisać Towarzystwo Lekarskie, jako osobę prawną, na członka Polskiego Towarzystwa Balneologicznego i założyć w bibljotece Towarzystwa specjalny dział, dotyczący uzdrowisk krajowych. Wyznaczyć jeden względnie dwa wieczory w roku na odczyt balneologiczny i zwrócić się do Polsk. Towarzystwa Balneologicznego o wyznaczenie na ten cel prelegentów".

3. Odczytano i przyjęto sprawozdania: a) sekretarza, b) sekcyj Towarzystwa Lekarskiego, c) bibljotekarza, d) skarbnika, e) Komisji Rewizyjnej.

Sprawozdanie Skarbnika Tow. Lek. Łódzkiego za rok 1932.

Przychód Tow. wyniósł	zł.	10.010.50
a mianowicie: składki bieżące i zaległe	„	9.142.—
pozostałość w banku	„	76.48
Saldo z r. 1931	„	792.02
Razem	zł	10.010.50
Rozchód Tow. wyniósł	zł.	9.907.05
a mianowicie: komorne	„	2.901.45
wydatki na bibljotekę	„	3.105.—
wydatki sekretarza	„	1.112.90
inkaso	„	1.351.50
różne	„	1.436.20
Razem	zł.	9.907.05
Saldo na 1-go stycznia 1933 r.	zł.	103.45

W wydatkach różnych uwzględniono następujące sumy: zł 700.— za popiersie z podstawą bł. p. Dra. Sterlinga, zł 200.— za nekrologi i wieniec i zł 100.— na Kasę Mianowskiego. Z przykrością zaznaczyć muszę, że składki od kolegów wpływały w roku ubiegłym bardzo opieszale, zaległości przekraczają zł 2.000.— wskutek tego nie mogę odliczyć na budowę Domu Tow. Lekarskiego żadnej określonej sumy. (Rachunek budowy Domu wynosi zł 5.107.29).

Nastąpiły wybory członków Zarządu, Komisji Rew. i balotowanie nowych członków.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół zebrania naukowego z dnia 24 stycznia 1933.

1. Kol. Wice-Prezes odczytał pismo kol. Prezesa W. Orłowskiego w sprawie ustąpienia z zajmowanego urzędu.

Niniejszem uprzejmie proszę o przedłożenie Towarzystwu mojej rezygnacji z urzędu prezesa Towarzystwa. Motywy, które skłoniły mnie do powzięcia tej decyzji, są następujące:

1) Będąc 3 lata na stanowisku Prezesa Towarzystwa, kierowałem się pewnemi wytycznemi, które miały na celu rozwój Towarzystwa; nowy Prezes, pielęgnując z nich te, które okazały się celowemi i pożytecznemi, może wnieść nowe kierunki; w ten sposób zmiana na stanowisku Prezesa przyczyni się do dalszego rozkwitu Towarzystwa.

2) Zmianę członków, piastujących honorowo urzędy w Zarządzie Towarzystwa, uważam za bardzo pożądaną, wiedzie bowiem ona do dokładnego zaznajamiania się szerszego ogółu członków Towarzystwa z całokształtem życia Towarzystwa.

3) Rola Prezesa w Towarzystwie, w mojem rozumieniu nie może polegać tylko na przewodniczeniu w Zarządzie i na posiedzeniach naukowych, ani na przydzielaniu terminów do wygłaszania zgloszonych odczytów. Zadaniem głównem Prezesa jest organizowanie i czynne kierowanie życiem naukowem Towarzystwa. Jego więc obowiązkiem jest przedewszystkiem: 1) organizować cykle wykładów, 2) skłaniać kolegów do wygłaszania odczytów na aktualne zagadnienia, 3) uzgadniać z prelegentami czas trwania odczytu, jego ujęcie i t. d. Prezesowi wypada niekiedy, zanim zaakceptuje odczyt do wygłoszenia w Towarzystwie, przeczytać go w rękopisie, a wrazie, gdy uzna siebie za niedość kompetentnego, zglaszać się do odpowiedniego kolegi specjalisty z prośbą o wydanie opinji. Temi właśnie zasadami kierowałem się w swojej pracy na stanowisku prezesa Towarzystwa. Praca taka pochłaniała mi oczywiście dużo czasu przez wszystkie 3 lata, zabierając mi czas od innych, niemniej ważnych moich obowiązków. Nie będąc przygotowany do ponownego wyboru na Prezesa Towarzystwa, tem bardziej że, obejmując to stanowisko rok temu, uprzedziłem, że będzie on ostatnim, przyszedłem do wniosku, że nie będę mógł nadal łączyć innych moich obowiązków bez uszczerbku dla nich z pracą na stanowisku prezesa Towarzystwa, tak, jak ją rozumiem.

2. Kol. Karwacki, czł. T-wa i Kol. Englert przedstawili: *„Przypadek zapalenia opon mózgowych pochodzenia gonokokowego"*.

Przerzut na opony dokonał się w 7 dni po stosunku, a w 4 — po wystąpieniu rzeżączki cewki. Przebieg trwał 9 dni; ból głowy, wymioty, objaw Kerniga, bolesność uciskowa i samoistna kręgosłupa, najwyższa ciepłota 39,3°. U chorego dokonano 5 nakłuć lędźwiowych jako zabieg leczniczy i stosowano ciepłe kąpiele. Po uzyskaniu hodowli gonokoków z płynu mózgowo-rdzeniowego (dopiero po czwartem nakłuciu), leczono go zastrzykiwaniami własnych gonokoków. Wyzdrowienie całkowite i co do rzeżączki i co do sprawy oponowej.

3. Kol. Sterling Wł. czł. T-wa, omówił: *„Patologję charakteru i temperamentu ze stanowiska nauki o wydzielaniu wewnętrznem"*.

Po przeprowadzeniu analizy najważniejszych odchyleń od rozwoju charakteru i temperamentu w związku z dysfunkcją poszczególnych gruczołów dokrewnych, wypowiada mówca przypuszczenie, że w organiźmie ludzkim istnieją dwie grupy narządów inkrecyjnych, z których jedna oddziaływa na procesy metaboliczne i psychobiologiczne w sposób pobudzający, druga natomiast w sposób hamujący. Obie te grupy inkrecyjne pozostają w warunkach normalnych w stanie pewnej równowagi, gwarantując odpowiednie tempo procesów metabolicznych i psychobiologicznych i stwarzając zrównoważony normalny temperament ludzki. Stan równowagi takiej polegający na harmonijnej współpracy wszystkich narządów gruczołowych może ulec zakłóceniu w 2 kierunkach. Przedewszystkiem w kierunku ilościowym, może tu bowiem osiągnąć przewagę albo grupa inkrecyjna pobudzająca, powodując przemieszczenie równowagi w kierunku pozytywnym i stwarzając temperament sangwiniczny, albo też grupa inkrecyjna hamująca, stwarzając naprzeciwległe ukształtowanie temperamentu. Obie te grupy narządowe pozostają pod niewątpliwym wpływem ośrodków wegetatywnych, powodujących bezpośrednią przewagę grupy pobudzającej lub hamującej, zarządzających stabilizacją temperamentu ludzkiego. Ta właśnie idealna równowaga aparatu mózgowo-rdzeniowego gwarantująca rozwój normalnego temperamentu — prowadzi równocześnie przy normalnej budowie gruczołów dokrewnych i prawidłowej ich funkcji do rozwoju normalnego i harmonijnie zrównoważonego charakteru. Otóż o ile ilościowe przesunięcie równowagi czynności pobudzających i hamujących grup inkrecyjnych staje się powodem odchyleń w strukturze temperamentu — o tyle zmiany jakościowe w czynności poszczególnych gruczołów w obrębie każdej z obu grup inkrecyjnych odbijać się muszą nietylko na konstytucji fizycznej, ale i na jego strukturze charakterologicznej. Mówca zalicza do grupy narządów gruczołowych pobudzających: tarczycę, przysadkę mózgową, gruczoły płciowe i grasicę, zaś do grupy gruczołów hamujących: gruczoły przytarczycowe, układ chromochłonny, wątrobę i trzustkę, stwierdzając wszakże, że pomimo niezaprzeczalnego znaczenia wpływów hormonalnych — zarówno charakter jak i temperament zależny jest w pierwszym rzędzie od konstytucji parcjalnej centralnego układu nerwowego, głównie zaś od budowy konstytucjonalnej międzymóżdża, pnia mózgowego oraz ośrodków wegetacyjnych.

4. Kol. Marzecki J. omówił rolę: *„Lekarza w obliczu wojny chemicznej"*.

W odczycie swym prelegent podniósł kwestją konieczności należytego przygotowania lekarza do obrony przeciwgazowej i leczenia zatrutych gazami podczas wojny.

Drogi, któremi, według zdania prelegenta, trzeba kroczyć ku należytemu zaznajomieniu się z racjonalną obroną przeciwgazową i lecznictwem, prowadzą przez dokładne przestudjowanie doświadczenia lekarskiego, osiągniętego podczas wojny światowej i dotychczasowych powojennych studjów nad chemizmem i patogenezą gazów bojowych. Niezmiernie ważnym naukowym czynnikiem rozpoznawczym, koniecznym dla określenia wartości chorobotwórczej nieznanych gazów, z któremi lekarz może się pierwszy raz zetknąć na polu walki. według zdania prelegenta, mogą służyć obliczenia energietyzmu wewnątrzdrobinowego danego gazu, wypływające z teorji atomistycznej, zapomocą której można ustalić zachowanie się danego gazu w ustroju i sposób rozkładu drobiny gazu pod wpływem zadziałania sił ustrojowych.

W końcu odczytu prelegent zwrócił się z apelem do Uniwersytetów. aby pod egidą wyższych tych uczelni lekarskich zostały zorganizowane kursy przeciwgazowe dla lekarzy, jak również, aby do programu Uniwersyteckiego został wprowadzony kurs obrony przeciwgazowej.

Sekretarz Doroczny: *K. Chodkowski.*
Wice-Prezes: *Zdz. Sławiński.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

3. IX. 1933 zmarł w Krakowie Dr. Edward Cetnarowski, ginekolog, wieloletni pracownik na polu sportu polskiego.

Dr. Bogusław Feierabend, dyrektor instytutu serologicznego w Pradze, zginął tragicznie w Alpach. zasypany lawiną wraz z żoną i dwoma córeczkami. Zmarły brał czynny udział jako gość w ostatnim Zjeździe Mikrobiologów Polskich w Warszawie 1932.

Sprawy zawodowe.

W Prusach zakazano lekarzom prowadzenia aptek domowych. W uzasadnieniu przyjęto taką poprawę środków komunikacyjnych, że osiągnięcie apteki jest wszędzie możliwe. Ponadto ministerstwo uważa stan obecny za szkodliwy dla interesów aptek normalnych i dla młodych lekarzy, którzy osiedlając się obok starszego prowadzącego aptekę domową stają wobec ciężkich warunków konkurencyjnych.

Przez Zarząd Nacz. Izby Lek. i Związek Kas Chorych zostały przyjęte: „Wytyczne do umów z lekarzami w K. Ch.", które przez zatwierdzenie Min. Opieki Społ. z 29. VIII. b. r. nabrały mocy wiążącej. Przechodząc wytyczne w porządku poszczególnych §§ znajdujemy następujące postanowienia z różnych względów zasługujące na uwagę:

§ 2 ust. 3. określa kwalifikacje specjalistów według lat praktyki w klinice lub oddziale szpitalnym od 4 dla chirurgów, ortopedów, urologów i anatomo-patologów do 2 dla dermatologów, fizjoterapeutów, stomatologów, radjologów i analityków. Jest to stwierdzenie, wiążące dla wielkiej ilości lekarzy, które niedawno uznano po długich dyskusjach w Izbach Lekarskich za zbędne.

§ 9 ust. 2 postanawia, że czas pracy w instytucjach ubezp. społ., państwowych i samorządowych może być zaliczony do lat pracy w K. Ch. na podstawie opinji Komisji Weryfikacyjnej.

§ 10 dopuszcza w określonym terminie kontrolę kwalifikacyj zawodowych i zdolności fizycznej lekarzy obecnie zatrudnionych

w K. Ch. przez specjalną komisję kontrolną za zgodą Min. Opieki Społ.

§ 17 ust. A postanawia: łączny miesięczny wydatek na lekarzy ordynujących w przychodniach, ośrodkach leczniczych i gabinetach prywatnych, obejmujący wszystkie rodzaje wynagrodzenia i dodatki, powinien być ustalony w stosunku procentowym do przeciętnego miesięcznego wpływu ze składek ubiegłego kwartału. Pieniężna wartość godziny pracy, która jest podstawą wynagrodzenia, jest ruchoma, ale jednakowa dla wszystkich lekarzy bez względu na kwalifikacje; za wysługę lat oblicza się dodatki. Postanowienia te w stosunku do ogółu dotychczasowych przedstawiają dla lekarzy gorsze warunki płacy ale ratują K. Ch. przed sztywnemi wydatkami wobec wahań wpływów ze składek.

Związek Lekarzy w Szczawnicy wyłonił ze swego grona specjalną Sekcję Naukową, w skład której wchodzi każdorazowy prezes związku obecnie Dr. Kochlöffel i 3 członków, wybieranych na okres dwuletni, obecnie Dr. Dzerowicz, Dr. Heftel i Dr. Werner. Sekcja Naukowa ma na celu: 1) Badania naukowe bogactw naturalnych Szczawnicy i praktyczne ich zastosowanie. 2) Zachęcanie członków do pracy naukowej, jakoteż uproszenie znawców balneologji, dyrektorów klinik i szpitali do współpracy naukowej. 3) Zwracanie się z przedstawieniami do Komisji Zdrojowej i Dyrekcji Zakładu i udzielanie fachowych rad w sprawach, dotyczących prowadzeń badań naukowych i zastosowania wyników w celach praktycznych. 4) Założenie w Szczawnicy stacji meteorologicznej, celem stałej rejestracji zjawisk meteorologicznych. 5) Gromadzenie piśmiennictwa z zakresu balneologji tak krajowej jak i zagranicznej. 6) Utrzymywanie kontaktu z Dyrekcją Zakładu w sprawie wymiany publikacyj, odnoszących się do wszelkich problemów szczawnickich. 7) Zaznajamianie świata lekarskiego z walorami leczniczymi Szczawnicy. 9) Dążenie do stałego doskonalenia urządzeń leczniczych.

Powrót do praktyki prywatnej w Rosji Sowieckiej. Na wniosek Kalinina, szefa wydziału Wykonawczego Republiki Sowieckiej, Komisarjat zdrowia publicznego, władze partji komunistycznej i urzędy sanitarne rozpatrywały szczegółowo sytuację, wytworzoną przez zniesienie prywatnej praktyki lekarskiej. W wyniku postanowiono znieść dekret, zabraniający prywatnej praktyki i skasować wszystkie ograniczenia z tem związane. W przyszłości lekarze będą mogli dobrowolnie usuwać się od praktyki prywatnej, ale nie będą do tego zobowiązani lub zmuszani.

Medycyna społeczna.

Organizacja walki z chorobami społecznemi w Niemczech. W Niemczech zaznacza się obecnie dążność do podporządkowania jednolitemu kierownictwu akcji towarzystw i urzędów do walki z rozmaitemi chorobami. I tak np. istnieje już państwowy Komitet gruźliczy z kierownikiem dr. Bartelsem o bardzo szerokich pełnomocnictwach, dalej akcja przeciwrakowa w Berlinie Zakładów państwowych, uniwersyteckich, ubezpieczeniowych i prywatnych, skupioną została pod kierownictwem Miejskiego Urzędu Zdrowia.

P. G. L. doniosła o wydaniu w Niemczech ustawy o sterylizacji. Za prasą niemiecką podajemy dalsze szczegóły „ustawy zapobiegającej potomstwu obarczonemu dziedzicznie", która wejdzie w życie 1 stycznia 1934. Sterylizacji podlegają następujące schorzenia: wrodzone głuptactwo, schizofrenja, dziedziczna padaczka, dziedziczna ślepota, dziedziczna głuchota, dziedziczne ciężkie zniekształcenia, ciężki alkoholismus. Sprawa sterylizacji nałogowych zbrodniarzy, a szczególnie zbrodniarzy na tle zboczeń płciowych, zostanie uregulowana osobno, by dotychczasowym postanowieniom nie nadawać piętna kary. Potrzebę sterylizacji orzekają specjalne sądy, w skład których wchodzi sędzia, lekarz urzędowy i lekarz obznajomiony specjalnie ze sprawami dziedziczności. Wniosek do sądu o orzeczenie sterylizacji może stawiać sam chory względnie jego prawny zastępca, lekarz urzędowy dla pacjentów zakładów leczniczych i opiekuńczych, a także naczelnik zakładów karnych. Od wyroków istnieje odwołanie do wyższej instancji. Ustawa przewiduje wykonanie sterylizacji prawomocnie przez Sąd postanowionej nawet wbrew woli danego osobnika, z wyjątkiem orzeczeń wydanych na podstawie wniosków składanych przez niego samego. Lekarz urzędowy władny jest zarządać pomocy policji celem zmuszenia chorego siłą do poddania się zabiegowi sterylizacyjnemu. Zabieg chirurgiczny może być wykonany tylko w zakładzie leczniczym i to przez lekarza upoważnionego urzędowo do tych operacyj. Koszta ponoszą ubezpieczalnie, Kasy Chorych i Stowarzyszenia opiekuńcze.

Różne.

Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na 1933—1934 rok w opracowaniu dra Stanisława Konopki ukazał się nakładem Biura propagandy medycyny polskiej przy Nacz. Izbie Lek. Świat lekarski zyskał doskonały i do najdrobniejszych szczegółów opracowany skorowidz. Rocznik zawiera następujące działy: 1) Najnowsze ustawodawstwo, 2) Spis klinik, zakładów leczniczych, kas chorych, Towarzystw lekarskich, lekarzy, lekarzy-dentystów i aptek, 3) Lekarze zmarli od lipca 1931 do lipca 1933 r., 4) Czasopisma lekarskie i pokrewne, 5) Alfabetyczny spis nazwisk.

66 miast niemieckich posiada poradnie sportowo-lekarskie, w większych miastach istnieje ich po kilkanaście.

Badania nad wpływem malarji w krajach podzwrotnikowych na śmiertelność dzieci wykazały, iż 40% poronień spowodowanych jest malarją, zaś 51% dzieci żywo urodzonych z matek malarycznych jest zakażone. Z dzieci tych 25% umiera w pierwszych 7 dniach. Okolice malaryczne w Indjach wykazują 2 razy większą śmiertelność wśród dzieci 2—5 letnich niż okolice wolne od tej choroby. Przyczyna tego leży w ogólnie panującem uprzedzeniu co do podawania choćby małych, ochronnych dawek chininy kobietom ciężarnym.

Komunikaty.

Stowarzyszenie lekarzy krynickich rozpoczęło pracę organizacyjną nad przygotowaniem V. Zjazdu lekarskiego, poświęconego naukowym badaniom nad środkami leczniczemi naszych zdrojowisk. Tradycja tak świetnie udanych poprzednich zjazdów nie pozwala na chwilę wątpić, że i ten zjazd uda się znakomicie tak pod względem przybyłych lekarzy, jak i wyników naukowych ich pracy dla polskiego zdrojownictwa tembardziej, że współudział swój przyrzekli najpoważniejsi nasi profesorowie i docenci oraz wielu wybitnych lekarzy. Między innymi obiecali zaszczycić zjazd swą obecnością i wykładami profesorowie Czyżewicz i Semerau-Siemianowski i docenci Beck i Wierzuchowski z Warszawy, Klinika położn. ginekolog. oraz Doc. Dr. Mączewski ze Lwowa, prof. Kowalski i docenci Bajoński, Łabendziński, Żuralski z Poznania, prof. Jakowicki z Wilna, profesorowie Zubrzycki i Korczyński z Krakowa i wielu innych. Stowarzyszenie lekarzy krynickich postara się dla biorących udział w zjeździe o wszelkie możliwe ulgi tak kolejowe jak mieszkaniowe i inne, oraz o rozrywki, w które Krynica tak obfituje w sezonie zimowym. Zjazd ten odbędzie się w dniach 6 (Święto Trzech Króli), 7 (niedziela) i 8 stycznia 1934 r. Zgłoszenia przyjmuje sekretarz generalny Dr. Stanisław Lewicki, Krynica, dom „pod Trąbką".

Kurs dokształcający w zakresie cukrzycy odbędzie się w Paryżu od 16—28 października b. r. pod kierownictwem Prof. Ratherga.

Redakcja otrzymała:

H. Beck, H. Gromadzki, L. Lorentowicz, M. Miller: Położnictwo i choroby kobiece. Ars Medici. Warszawa. 1933.

R. Stankiewicz: Zapalenie płuc u dzieci. Pol. Monografje i wykłady klin. z dziedziny pedjatrji X. — XV. Warszawa. 1933.

W. Mikulowski: Chorée familiale. Revue Française de Pédiatrie. Nr. 3. 1933.

W. Mikulowski: Contribution a l'étude des encéphalopathies infantiles. Arch. de Médecine des Enfants. Nr. 8. 1933.

W. Mikulowski: Beitrag zur Hämatologie des Keuchhustens beim Kinde. Jahrbuch f. Kinderheilkunde T. 140. 1933.